

CADERNO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL ALTO RISCO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

Sezifredo Paz
Diretor Geral

Márcia Huçulak
Superintendente de Atenção à Saúde

Equipe Técnica

Hospital Evangélico de Londrina
Artemizia B. Martins
Sandra Capelo
Hospital da Providência de Apucarana
Antonio Carlos P. Medeiros
Erica Sanchez
Iracema Vujanski
Neilton Rodrigues de Sousa
Priscila Vieira Salviatto
Rolândia Rosinei Dantas Silva
Hospital Regional Norte Pioneiro
Alfredo Franco Ayub
Luciana A. de Moraes

17ª Regional de Saúde
Andreza Souto Martins
Vania Oliveira Melo
Tais Angelica Picotti
Santa Casa de Cambé Gabriel Candido
Silvia Takahashi
Santa Casa de Arapongas Adelia Maria
dos S. Rebelato
Raquel Cristina C. de Souza
Hospital Universitário de Maringá
Franna Vicente Gomes
Sergio R. Lopes de Oliveira
Revisão
Paulo Mercer/SOGIPA

APRESENTAÇÃO

SAÚDE PARA TODO PARANÁ!

Levar saúde para todos os paranaenses é um desafio que demanda comprometimento de gestores e profissionais de saúde de todos os municípios. Adotar novas formas de gestão, melhorar processos de trabalho e rever procedimentos faz parte da rotina de quem tem a função de cuidar da vida no Paraná.

É com esse olhar que a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu os “Cadernos de Atenção à Saúde”, nos quais são detalhados os protocolos das redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência para apoiar as equipes de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

O conjunto de “Cadernos” constitui ferramenta essencial para a atuação em Redes de Atenção, política pública de saúde do Paraná que tem se mostrado eficaz.

Queremos que cada profissional se aproprie dos conteúdos disponibilizados nessa coleção e que juntos possamos cada vez mais interferir para melhorar os índices de saúde do Paraná.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

ABORTAMENTO	9
PRENHEZ ECTÓPICA.....	12
PRENHEZ ABDOMINAL.....	14
NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	15
DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP).....	17
PLACENTA PRÉVIA (PP).....	19
ROTURA UTERINA.....	22
ROTURA UTERINA INSTALADA	22
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (AMNIORREXE PREMATURA).....	23
TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP).....	28
DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ	30
HELLP SÍNDROME	34
INFECÇÃO PELO HIV NA GESTAÇÃO.....	37
ISOIMUNIZAÇÃO FETO MATERNA.....	39

OBJETIVO GERAL

Redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil (principalmente seu componente neonatal precoce) no Estado do Paraná, através da sistematização do atendimento à gestante de ao recém-nascido de alto risco nos hospitais de referência para gestação de alto risco da Rede Mãe Paranaense.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Padronizar acolhimento à gestante de alto risco;
2. Confirmar o risco gestacional com vistas à sua admissão na própria Unidade ou encaminhamento responsável para outra Unidade de competência para risco intermediário ou habitual;
3. Realizar avaliação clínico-obstétrica com diagnóstico das condições gestacionais e do trabalho de parto;
4. Sistematizar rotina de admissão de parturientes, com elaboração de plano de cuidados, de acordo com perfil e necessidade da gestante/parturiente;
5. Implantar e/ou implementar assistência humanizada multiprofissional ao parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido; de alto risco;
6. Orientar conduta terapêutica, com bases científicas para atendimento às parturientes, gestantes de alto risco e recém-nascidos; de alto risco;
7. Auxiliar na organização da rede de assistência micro e macrorregional;
8. Verificar e acompanhar a implementação de práticas baseadas em evidências;
9. Facilitar o treinamento do pessoal de saúde;
10. Facilitar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde;
11. Reduzir a mortalidade materna;
12. Reduzir a mortalidade perinatal;
13. Reduzir a mortalidade neonatal precoce, tardia e pós neonatal;
14. Minimizar a morbidade associada e prematuridade, baixo peso de nascimento e asfixia perinatal.

CONFLITOS DE INTERESSE

Realização de parto cesárea por: solicitação da parturiente, escalas incompletas de profissionais para acompanhamento e monitoramento do trabalho de parto (medico obstetra e enfermeira obstétrica), questões de remuneração de profissionais e indicações de cesariana não respaldada por indicações técnicas e clínicas precisas e baseadas em boas práticas e/ou evidências.

ABORTAMENTO

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde define como abortamento como o término da gestação antes de 20 semanas de gestação ou com feto que nasce pesando menos de 500g.

O abortamento espontâneo é a complicação mais comum da gravidez, ocorrendo em aproximadamente 10 a 15% das gestações clinicamente reconhecidas.

É considerado abortamento precoce quando a interrupção da gravidez se dá até 12 semanas (80% das vezes) e tardio quando acontece com mais de 12 semanas e até 20 – 22 semanas.

Em que situações emitir a DECLARAÇÃO DE ÓBITO.

1. Quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.
2. No óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto com peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Em que situações não emitir a DECLARAÇÃO DE ÓBITO.

1. No óbito fetal, com gestação de menos de 20 semanas, ou peso menor que 500 gramas, ou estatura menor que 25 centímetros.

Observação:

A legislação atualmente existente permite que, na prática, a emissão da Declaração de Óbito seja facultativa para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto de concepção.

CONCEITUAÇÃO

Nascido vivo

É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

ÓBITO FETAL, MORTE FETAL OU PERDA FETAL

É a morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal descrito para o nascido vivo.

FORMAS CLÍNICAS

Abortamento espontâneo: é a perda involuntária da gestação.

Ameaça de abortamento: é a ocorrência de sangramento uterino com a cérvis fechada sem eliminação de tecidos ovulares.

Abortamento completo: quando a totalidade do conteúdo uterino foi eliminada.

Abortamento incompleto: quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado.

Abortamento inevitável: quando há sangramento e dilatação cervical, mas ainda não ocorreu eliminação de conteúdo uterino.

Abortamento retido: quando ocorre a morte do embrião ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento.

Abortamento infectado: é o processo de abortamento acompanhado de infecção genital, tais como endometrite, parametrite e peritonite.

Abortamento habitual: perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações.

TRATAMENTO

Abortamento evitável (ameaça de aborto)

O tratamento se faz com uso de analgésicos e antiespasmódicos. Orienta-se repouso relativo e restringe a atividade sexual. É discutível o uso da progesterona, não existindo trabalhos que mostrem real validade desta droga.

Aborto inevitável completo

Não há necessidade de esvaziamento uterino.

Aborto inevitável incompleto

Gestação com menos de 12 semanas

- Curetagem uterina, sob perfusão ocitócica (5 U de ocitocina em 500ml de soro glicosado 5%).

Gestação com mais de 12 semanas

- Misoprostol 200µg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.
- Eliminado o ovo, e se a expulsão não for completa, faz-se a curetagem uterina sob perfusão de ocitocina.

Abortamento infectado*** Medidas gerais**

- Reposição volêmica com soro fisiológico ou Ringer-lactato 1000 ml de 8/8hs.
- Oxigênio 6-8 litros/min.
- Transfusão de papa de hemácias (se houver sangramento intenso) para controle do quadro tóxico-infeccioso.

Exames

- Hemograma com contagem de plaquetas.
- Urina tipo I.
- Coagulograma.
- Hemocultura.
- Cultura da secreção vaginal e do material endometrial (aeróbios e anaeróbios).
- Raios-x do abdome.
- Ultrassonografia pélvica transvaginal ou de abdome total.
- Tomografia em situações especiais principalmente para definir coleções intracavitárias.

Antibioticoterapia**Esquema 01**

- Metronidazol – 500mg EV 8/8hs.
- Gentamicina 240mg EV diluído em SF 100 ml em 45 minutos.
- Cefalotina 1g EV de 6/6hs.
- Manter por 48 horas sem febre ou sintomatologia clínica, quando será introduzida medicação oral por 10 dias (cefalexina 500mg de 6/6hs e metronidazol 400mg de 12/12hs.).

Esquema 02

- Penicilina cristalina 4milhões de unidades EV de 6/6hs.
- Metronidazol 500mg EV de 8/8hs.
- Gentamicina 240mg EV diluído em SF 100 ml em 45 minutos.

Curetagem uterina

- A infusão intravenosa de antimicrobianos oferece níveis plasmáticos rápidos, sem a necessidade de espera para a curetagem.
- Infusão de 20U de ocitocina em 500 ml de soro glicosado 5%.

Laparotomia

- Quando há coleções intracavitárias.

Histerectomia total

- Quando existir comprometimento da vitalidade dos tecidos uterinos, é mandatória para a retirada do foco da infecção.

Aborto retido

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassonografia revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça.

Gestação com menos de 12 semanas

- Misoprostol 200µg via vaginal, dose única, preparo do colo uterino.
- 2. Curetagem uterina após 4 horas do misoprostol, sob perfusão ocitócita (5 U de ocitocina em 500ml de soro glicosado 5%).

Gestação com mais de 12 semanas

- Misoprostol 200µg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.
- Eliminado o ovo, e se a expulsão não for completa, faz-se a curetagem uterina sob perfusão ocitócita.

Aborto habitual

Em gestantes com história de abortamento habitual se faz necessária uma anamnese detalhada para se detectar as possíveis causas associadas:

- Malformações uterinas (útero bicorno, útero septado, útero didelfo);
- Míomatose uterina;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Insuficiência do corpo lúteo;
- Fatores imunológicos;
- Fatores infecciosos;
- Síndrome antifosfolípide;
- Fatores genéticos.

O exame ginecológico associado à ultrassonografia pode ajudar a detectar anomalias uterinas, a miomatose e a insuficiência istmo-cervical.

Os testes laboratoriais que podem ser úteis durante a gravidez são a pesquisa de anticorpos antifosfolípide (anticardiolipina e anticoagulante lúpico) e de anticorpos antinucleares.

Caso a gravidez atual termine em aborto, deve-se, sempre que possível, realizar uma análise citogenética dos produtos da concepção.

Fora da gravidez, à investigação genética do casal (cariótipo), a ultrassonografia e a pesquisa de anticorpos antifosfolípeos (anticardiolipina e anticoagulante lúpico) e de anticorpos antinucleares são os testes que apresentam evidências suficientes para justificar sua investigação. Recomenda-se o acompanhamento quinzenal por meio das consultas de pré-natal.

No caso de insuficiência lútea, utilizam-se comprimidos de progesterona natural de 200mg por via vaginal por dia, ou diidrogesterona de 10mg via oral, um ao dia, até a 14ª semana.

Em gestantes portadoras de síndrome antifosfolípide, a utilização de baixas doses de aspirina associada à heparina pode melhorar os resultados.

Em gestantes com insuficiência istmocervical, com história de duas ou mais perdas nos 2º trimestre, sem sangramento, com dilatação cervical e sem dor, se recomenda a cerclagem eletiva, que deve ser realizada entre 12–14 sema-

nas da gravidez, após a ultrassonografia mostrar feto vivo e sem anomalias.

Para todos os abortamentos, deve-se enviar o material abortado para estudo anatomopatológico.

Se for Rh negativo, com parceiro Rh positivo ou desconhecido, prescrever imunoglobulina anti-Rh até 72 horas após o esvaziamento uterino.

Indica-se nova curetagem se nos casos de sangramento abundante após curetagem e/ou USG com imagem hiperecótica (restos) >1,5 cm.

Quadro 1 – Abortamento

	Ameaça de aborto	Aborto Incompleto	Aborto Retido
Sinais e sintomas	1. Cólicas leves 2. Sangramento genital discreto 3. Colo impérvio 4. Útero compatível com a idade gestacional.	1. Cólicas intensas 2. Sangramento genital moderado / intenso 3. Colo dilatado 4. Útero compatível ou menor que idade gestacional 5. Saída de restos ovulares	1. Sangramento escuro 2. Colo impérvio 3. Útero menor que a idade gestacional.
Exames Laboratório	1. Hemograma completo 2. Tipagem sanguínea	1. Hemograma completo 2. Tipagem sanguínea	1. Hemograma completo 2. Tipagem sanguínea 3. Coagulograma (após quatro semanas)
Exames USG	Confirma o diagnóstico	Confirma abortamento completo	Importante para demonstrar ausência de vitalidade fetal.
Tratamento	Orientação Antiespasmódico	1. Gestação com menos de 12 semanas: Curetagem uterina, sob perfusão ocitócita (5U de ocitocina em 500 ml se soro glicosado 5%); 2. Gestação com mais de 12 semanas: Misoprostol 200mg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto. Eliminado o ovo, e se a expulsão não for completa, faz-se a curetagem uterina sob perfusão ocitócita.	1. Gestação com menos de 12 semanas: Misoprostol 200mg via vaginal, dose única, preparo do colo uterino. Curetagem uterina após 4 horas do misoprostol, sob perfusão ocitócita (5U de ocitocina em 500 ml se soro glicosado 5%). 2. Gestação com mais de 12 semanas: Misoprostol 200mg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto. Eliminando o ovo, e se a expulsão não for completa, faz-se a curetagem uterina sob perfusão ocitócita.
Alta	1. Após atendimento se sangramento pequeno. 2. Manter em observação se sangramento abundante.	Se bom estado geral 6 a 12 horas após curetagem.	Se bom estado geral 6 a 12 horas após a curetagem.

Quadro 2 – Aborto Infectado

Aborto Infectado	
Sinais e sintomas	1. Cólica leve/ moderada; 2. Febre (38°C); 3. Taquicardia; 4. Colo dilatado c/ saída de restos, odor fétido e secreção purulenta.
Exames	1. Hemograma com contagem de plaquetas; 2. Urina tipo I; 3. Coagulograma; 4. Hemocultura; 5. Cultura de secreção vaginal e do material endometrial (aeróbios e anaeróbios); 6. Raio-x do abdome; 7. Ultrassonografia pélvica transvaginal ou de abdome total; 8. Tomografia em situações especiais principalmente para definir coleções intracavitárias.
Tratamento Antibioticoterapia	1. Esquema 01: · Metronidazol – 500mg EV 8/8hs; · Gentamicina 240mg EV diluído em SF 100 ml em 45 minutos; · Cefalotina 1g EV de 6/6hs; · Manter por 48 horas sem febre ou sintomatologia clínica, quando será introduzida medicação oral por 10 dias (cefalexina 500mg de 6/6hs e metronidazol 400mg de 12/12hs). 2. Esquema 02: · Penicilina cristalina 4 milhões de unidades EV de 6/6h; · Metronidazol 500 mg EV de 8/8hs; · Gentamicina 240mg EV diluído em SF 100 ml em 45 minutos.
Tratamento Medidas gerais	1. Reposição volêmica com soro fisiológico ou Ringer lactato 1000ml de 8/8hs; 2. Oxigênio 6-8 litros/min; 3. Transfusão de papa de hemácias (se houver sangramento intenso) para controle do quadro tóxico-infeccioso.
Tratamento Cirúrgico	1. Curetagem uterina: - Infusão de 20U de ocitocina em 500ml de soro glicosado 5%; 2. Laparotomia: - Quando há coleções intracavitárias; 3. Histerectomia total: - Quando existir comprometimento da vitalidade dos tecidos uterinos, é mandatória para a retirada do foco da infecção.
Alta	Após 24 horas da troca da antibioticoterapia para via oral.

PRENHEZ ECTÓPICA

CONCEITO

Conceitua-se gravidez ectópica quando a nidação e o desenvolvimento do ovo ocorrem fora da cavidade endometrial.

ETIOPATOGENIA

- Doença inflamatória pélvica;
- Endometriose;
- Cirurgia tubária prévia;
- Contracepção com progesterona ou DIU;
- Antecedente de gravidez ectópica;

Gravidez Abdominal: Cerca de 1 % das ectópicas, normalmente é secundária.

Gravidez Tubária: Representa 98 % das gestações ec-

tópicas. os locais de implantação podem variar, nos diversos segmentos tubários.

Gravidez Ovariana: Representa 1% das ectópicas, normalmente é secundária.

QUADRO CLÍNICO

A dor e o sangramento vaginal são os sintomas mais importantes da gravidez ectópica. Em quase todos os casos a dor esta presente. O sangramento pode ser de pequena quantidade e/ou irregular, às vezes após pequeno atraso da menstruação.

A. SUB-AGUDA: É a mais comum (70%) na ampola tubária.

1. Sinais e sintomas: de irritação peritoneal.

- Náuseas e vômitos.
- Dor abdominal baixa.
- Distensão abdominal

- Estado subfebril.
- Leucocitose moderada (10 a 12 mil/mm³).
- Abdômen doloroso à palpação.

2. Quadro clínico: é compatível com discreta hemorragia interna.

- Lipotímia.
- Taquisfigmia moderada (até 90 bpm).
- Mucosas descoradas.
- Pressão arterial ainda normal.

3. Exame ginecológico:

- Dor à pressão do fundo de saco posterior (grito de Douglas).
- Dor à manipulação do colo uterino.
- Tumor anexial nem sempre é encontrado.

B. AGUDA: Istmo da trompa, 30 % dos casos. Rotura ocorre com intensa hemorragia intraperitoneal.

1. Sinais e sintomas:

- Dor na fossa ilíaca ou hipogástrio de forte intensidade.
- Dor escapular geralmente do lado direito (por irritação do nervo frênico).

2. Quadro clínico é compatível com choque hemorrágico:

- Palidez.
- Sudorese.
- Extremidades frias, pulso fino, rápido.
- Hipotensão.

3. Exame ginecológico:

- Revela aspectos semelhantes à da forma subaguda.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Dor abdominal.
- Atraso menstrual.
- Sangramento vaginal.
- Massa anexial dolorosa.
- Mobilização dolorosa do colo uterino.

RELAÇÃO IDADE GESTACIONAL, ULTRA-SONOGRÁFICO VAGINAL E β -hCG SÉRICO

Quadro 3 – Idade gestacional, ultra sonográfico

Idade Gestacional em semanas	< 5	5	5,5	6	> 6
USG Vaginal	Ausência de saco gestacional	Saco gestacional	Vesícula vitelina	Pólo vitelina	Atividade Cardíaca
β -hCG (mUI/ml)	< 1.800	1.800	1.800 a 3.500	3.500 a 6.500	> 6.500

A dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (β -hCG) é de fundamental importância no diagnóstico da gravidez ectópica. Um exame negativo descarta a possibilidade de gravidez e um exame positivo a confirma, embora não determine a sua localização. A duplicação dos níveis séricos de β -hCG em 48 horas sinaliza uma gravidez com desenvolvimento normal. Caso tal duplicação não ocorra, trata-se de falha no desenvolvimento da gestação, podendo tratar-se tanto de uma gravidez ectópica como de um aborto.

CONDUTA EXPECTANTE

É importante obter a concordância da gestante e assegurar o seguimento. A conduta expectante pode ser adotada em algumas gestantes selecionadas obedecendo-se os seguintes critérios:

- Pouca dor ou sangramento.
- Confiabilidade na gestante para seguimento.
- Nenhuma evidência de rotura tubária.
- Nível de β -hCG < 1.000 mUI/ml e em queda.
- Massa ectópica ou anexial < 3 cm ou não detectável.
- Ausência de BCF.

- Estabilidade hemodinâmica.

TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento clínico com metotrexato (MTX) é uma alternativa à cirurgia em mulheres selecionadas. O mesmo deverá ser realizado em centro especializado e os critérios de seleção são os seguintes:

- Sinais vitais estáveis e pouca sintomatologia.
- Ausência de contraindicação médica para a terapia (enzimas hepáticas normais, hemograma e plaquetas normais).
- Gravidez ectópica íntegra.
- Ausência de atividade cardíaca embrionária.
- Massa ectópica medindo 4 cm ou menos.
- Níveis séricos de β -hCG < 5.000 mUI/ml.

O esquema de tratamento consiste em dose única de 1mg/kg de peso ou 50mg/m² administrada por via intramuscular. O nível sérico de β -hCG deve ser dosado no 4º e no 7º dia após o tratamento e depois semanalmente até atingir mUI/ml. Se isso não ocorrer, pode-se repetir a dose ou indicar tratamento cirúrgico.

CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico pode ser dividido em conservador e radical.

- Conservador a trompa é preservada por intermédio de uma salpingostomia linear.
- Radical é realizada salpingectomia.
- Ambos podem ser realizados por laparoscopia ou laparotomia.

OS CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO SÃO:

- Gestante com sinais vitais instáveis ou sinais de hemoperitônio.
- Diagnóstico inconclusivo.
- Gravidez ectópica avançada (β -hCG >5.000 mUI/

ml, massa anexial > 4cm, atividade cardíaca embrionária).

- Seguimento difícil.
- Contra indicação ao tratamento clínico.

OBS: CONTRA INDICA-SE A VIA LAPAROSCÓPICA NA PRESENÇA DE SINAIS DE HIPOVOLEMIA.

PRENHEZ ABDOMINAL

Uma gravidez abdominal pode ameaçar a vida, e a conduta clínica depende da idade gestacional ao ser feito o diagnóstico. Essa conduta comporta o risco de hemorragia súbita e potencialmente fatal. A gravidez deve ser interrompida quando se faz o diagnóstico por laparotomia.

Quadro 4 – Prenhez Ectópica

Sinais e Sintomas	Subaguda: É a mais comum (70%) Ampola tubária	1. Sinais e Sintomas (irritação peritoneal) • Náuseas e vômitos; • Dor abdominal baixa; • Distensão abdominal; • Estado subfebril; • Leucocitose moderada (10 a 12 mil/mm³); • Abdômen doloroso à palpação. 2. Quadro clínico • Lipotímia; • Taquifigmia moderada (até 90 bpm); • Mucosas descoradas; • Pressão arterial ainda normal; 3. Exame ginecológico • Dor à pressão do fundo de saco posterior (grito de Douglas); • Dor à manipulação do colo uterino; • Tumor anexial nem sempre é encontrado.
	Aguda Istmo da trompa, 30% dos casos. Rotura ocorre com intensa hemorragia intraperitoneal	1. Sinais e sintomas • Dor na fossa ilíaca ou hipigástrico de forte intensidade; • Dor escapular geralmente do lado direito (por irritação do nervo frênico) 2. Quadro clínico (choque hemorrágico) • Palidez; • Sudorese; • Extremidades frias, pulso fino, rápido; • Hipotensão. 3. Exame ginecológico • Revela aspectos semelhantes à da forma subaguda
Exames	1. Laboratório	1. b-hCG quantitativo 2. Hemograma 3. Tipagem sanguínea
	2. Ultra-som	USG Vaginal
	3. Punção de Fundo de Saco de Douglas	Positiva (seringa 20ml c/ 5ml de ar + abocath Nº 18): Saída de sangue não coagulável.

Condução e Tratamento	Expectante: É importante obter a concordância da gestante e assegurar o seguimento.	Critérios - Pouca dor ou sangramento; - Confiabilidade na gestante para seguimento; - Nenhuma evidência de ruptura tubária; - Nível de b-hCG < 1.000 mUI/ml e em queda; - Massa ectópica ou anexial < 3 cm ou não detectável; - Ausência de BCF; - Estabilidade hemodinâmica;
	Tratamento Clínico O tratamento clínico com metotrexato (MTX) é uma alternativa à cirurgia em mulheres selecionadas. Deve ser realizado em Centros Especializados	- Sinais vitais estáveis e pouca sintomatologia; - Ausência de contra-indicação médica para a terapia (enzimas hepáticas normais, hemograma e plaquetas normais). - Gravidez ectópica íntegra; - Ausência de atividade cardíaca embrionária; - Massa ectópica medindo 4cm ou menos; - Níveis séricos de b-hCG < 5.000mUI/ ml;
	Cirúrgico Conservador: a trompa é preservada por intermédio de uma salpingostomia linear.	- Gestante com sinais vitais instáveis ou sinais de hemoperitônio; - Diagnóstico inconclusivo; - Gravidez ectópica avançada (b-hCG > 5.000mUI/ml, massa anexial > 4cm, atividade cardíaca embrionária). - Seguimento difícil; - Contra indicação ao tratamento clínico.
	Prenhez Abdominal	- A gravidez deve ser interrompida quando se faz o diagnóstico por laparotomia.
Alta	Orientar Planejamento Familiar	

1. Contra indica-se a via videolaparoscópica na presença de sinais de hipovolemia.

2. Solicitar sempre reserva de sangue.

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Em 2000, o Comitê de Oncologia da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em reunião realizada em Washington (EUA), propôs novo estadiamento, divulgado em 2002. Neste evento foi recomendado que o termo neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) deveria substituir Doença Trofoblástica Gestacional (GTD).

MOLA HIDATIFORME

A mola hidatiforme pode ser completa e parcial.

A incidência relatada é de uma a cada 1.000 ou 2.000 gestações.

MOLA COMPLETA

Desenvolvimento a partir apenas de cromossomos paternos, tendo o óvulo fertilizado perdido seu núcleo. A maioria das molas completas é diplóide com cariótipos 46,XX. 2% degeneram em coriocarcinoma.

O nível de β -hCG está grosseiramente elevado, porém se negativa cerca de 6 a 8 semanas após a evacuação de mola.

A mola trofoblástica invasora desenvolve-se em torno de 10% a 30% das pacientes depois de evacuação uterina.

O risco de mola invasora parece ser maior quando ocorrem: marcante proliferação trofoblástica, crescimento uterino excessivo, níveis de β -hCG persistentes elevados e cistos ovarianos teca-luteínicos proeminente.

MOLA PARCIAL

Outro tipo mais raro de mola é a mola parcial (25% a 40%), em que o cariótipo é triplóide (p. ex., 69 XXY) e atribuído a fertilização de um óvulo por dois espermatozoides.

Os níveis de β -hCG estão em geral, apenas discretamente elevados, em comparação com a mola completa.

Após a evacuação, a incidência de mola trofoblástica invasora está estimada em 4% a 10%, porém manifestações de metástase são raras.

QUADRO CLÍNICO

- Sangramento indolor sem causa aparente, de repetição, intensidade progressiva, aumentando a cada novo surto.
- Corrimento amarelado entre as hemorragias, emissão de vesículas (não muito comum).
- Anemia.
- Sinais tóxicos – náuseas e vômitos repetidos.

- Útero desproporcionalmente aumentado para idade gestacional, de consistência pastosa e depressível (Útero em sanfona).
- Batimentos cardíofetais ausentes.
- Extrema moleza da cérvix ao toque.

EXAMES COMPLEMENTARES

Avaliação hematológica: tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ampla avaliação bioquímica, incluindo prova de função hepática, tipagem sanguínea, nível de β -hCG e raios X de tórax.

TRATAMENTO

O tratamento é o esvaziamento uterino, preferencialmente mediante a vácuoaspiração ou por curetagem uterina minuciosa.

A histerectomia total profilática é uma alternativa à curetagem em pacientes selecionadas. Os anexos podem ser preservados. Apesar da histerectomia reduzir o risco de seqüelas malignas, aproximadamente 3% a 5% das pacientes podem ainda desenvolver a neoplasia trofoblástica maligna. Assim sendo, pacientes que se submeteram à histerectomia devem ser monitorizadas com β -hCG como qualquer outra.

A quimioterapia profilática pode ser empregada nos casos de mola hidatiforme completa de risco, quando apresentarem fatores de risco avaliados mediante o sistema de contagem de fatores de prognósticos.

COMPLICAÇÕES

A hemorragia uterina incoercível pode às vezes levar a histerectomia, infecção, perfuração e falência respiratória aguda. A complicação mais séria das molas é a transformação em coriocarcinoma (2% dos casos). Apenas o aspecto histológico não permite prever o prognóstico. Assim, as pacientes devem ser acompanhadas periodicamente com dosagem de gonadotrofina coriônica humana no plasma.

SEGUIMENTO

As pacientes devem ser acompanhadas com dosagem de β -hCG semanalmente, após o esvaziamento uterino, até obtenção de três dosagens consecutivas negativas.

Prosseguir com intervalo quinzenal (uma dosagem) e, então, mensal, até 6 meses pós o primeiro resultado negativo, e 1 ano, quando a paciente for submetida à quimioterapia.

É recomendado durante todo o intervalo de seguimento do β -hCG deve ser evitado a gravidez. O método de escolha é o contraceptivo oral, porém, outros métodos, como a esterilização cirúrgica ou preservativo, também são permitidos. A inserção de DIU não deve ser introduzido até que a

paciente atinja níveis normais de gonadotrofina, devido o risco de perfuração uterina.

Em caso de recorrência de pacientes que já tiveram uma gestação molar parcial ou completa tem aumento de dez vezes no risco (1% a 2% de incidência) de uma mola nas gestações subseqüentes. Assim sendo, todas as gestações futuras devem ser avaliadas por ecografias desde o início.

MOLA INVASORA

É a mola hidatiforme que penetra e pode até perfurar a parede uterina e pode enviar metástases em órgãos distantes, embora mantenha histologicamente sua estrutura vilositária é conhecida como mola invasora ou corioadenoma destruens. Estima-se que cerca de 15% dos casos de mola hidatiforme sejam invasivos.

Quando ocorrem metástases, elas geralmente são encontradas nos pulmões, na vagina, na vulva ou no ligamento largo.

Os principais fatores de riscos são: segunda prenhez molar, idade avançada, útero grande e presença de cistos tecaluteínicos.

O principal sintoma é o sangramento vaginal não coibido mesmo após curetagens repetidas, podendo levar a paciente ao estado de choque. Acompanhado de β -hCG em platô ou elevação em duas de três semanas consecutivas. A paciente necessita ser acompanhada com RX de tórax TC de crânio e abdominal, US pélvica para afastar gravidez normal.

O Tratamento Quimioterapia com metotrexato (30mg/m² IM) ou metotrexato (1mg/kg) em dias alternados e leucovorina (0.1mg/kg) EV 24h após metotrexato. Continua até o título de beta-hCG negativar por três semanas consecutivas. A fertilidade é preservada e a cura acontece em praticamente 100%, se tiver doença não metastática.

CORIOCARCINOMA

É uma transformação maligna de células trofoblásticas derivadas de qualquer forma de gravidez previamente normal ou anormal (50% mola hidatiforme, 25% aborto prévio, 22% gravidez normal, 3% gravidez ectópica e teratomas). Raramente, há um período longo de latência antes da apresentação clínica do tumor.

Ao exame histológico, o coriocarcinoma mostra um tumor mole, carnudo, amarelo esbranquiçado, com tendência a formar grandes áreas pálidas de necrose isquêmica, focos de amolecimento cístico e hemorragia extensa. Mitoses anormais e anaplasia estão presentes.

As pacientes podem apresentar-se, principalmente, com sangramento vaginal, útero permanentemente aumentado após gravidez recente, especialmente se molar, mantendo

do-se valores de beta-hCG muito elevados e que não se negavam. Sintomas como dispnéia, hemoptise, dor de cabeça severa, náuseas, vômitos e sintomas neurológicos, podem ser efeitos provocados pelas metástases.

As metástases ocorrem geralmente por via hematogênica e mais de 90% dos casos para pulmão. Outros locais comuns de metástase são: cérebro, fígado, vagina, rim, trato gastrointestinal e pele. Se ocorrer metástase para vagina, a biópsia está contra-indicada.

Tratamento utiliza-se múltiplos agentes quimioterápicos: Metotrexato + ActinomicinaD + Ciclofosfamida, administrados a cada três semanas até a regressão completa da neoplasia.

TUMOR TROFOBLÁSTICO DE SÍTIO PLACENTÁRIO

O tumor trofoblástico de sítio placentário é uma forma rara de moléstia trofoblástica que se origina do trofoblasto intermediário do leito placentário.

Esta neoplasia pode ser benigna ou exibir alto grau de malignidade. Geralmente é diagnosticado muito tempo após a última gestação. Cerca de 50% das pacientes apresentam-se com amenorréia. Os níveis de β -hCG costumam ser pouco significativos; observa-se elevação do lactogênio placentário.

Esta variedade de NTG é bastante agressiva, com pouca resposta a quimioterapia.

O tratamento de escolha é a histerectomia.

Quadro 5 – Neoplasia Trofoblástica Gestacional –

Sinais / Sintomas	- Sangramento vaginal indolor. - Aumento volume uterino acima idade gestacional. - Sinais tóxicos – náuseas e vômitos repetidos. - DHEG precoce em 25% das pacientes.
Exames Complementares	- Hemograma, tipagem sanguínea, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial. β-HCG quantitativo. - Provas de função hepática (TGO, TGP, Bilirrubinas totais e frações). - RX tórax. - TSH (pode instalar tireotoxicose). - USG: Vesículas na cavidade uterina (vilos hidrópicos), ecos amorfos, múltiplos cistos anexiais.
Tratamento	- Curetagem com vácuo-aspiração. - Curetagem uterina com ocitocina 25ui+500ml SF. - Histerectomia total profilática é uma alternativa à curetagem em pacientes selecionadas. - A quimioterapia profilática pode ser empregada nos casos de mola hidatiforme completa de risco.
Alta	- Seguimento ambulatorial obrigatório: β-hCG semanal: - Até 03 dosagens consecutivas negativas. β-hCG quinzenal: 01 dosagem negativa. β-hCG mensal por 06 meses após o primeiro resultado negativo. 01 ano: em caso de paciente submetida a quimioterapia. 2. Receitar anticoncepcional oral de baixa dosagem.

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)

CONCEITO

É a separação da placenta normalmente implantada (corpo uterino), em gestação acima de 20 semanas e antes da expulsão fetal (OMS, FIGO, 1976).

Classificação de Sher:

Grau 1: Sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa.

Vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. Geralmente diagnosticado no pós-parto com a identificação do coágulo retroplacentário.

Grau 2: Sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. Alterações iniciais da coagulação com queda dos níveis de fibrinogênio. Batimentos cardíacos fetais presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade.

Grau 3: Sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipotensão arterial materna e óbito fetal.

Grau 3A : Sem coagulopatia instalada.

Grau 3B: Com coagulopatia instalada.

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA O DPP

- Hipertensão (hipertensão gestacional, hipertensão preexistente) 50% dos casos.

- Rotura prematura de membranas ovulares.
- Cesariana prévia.
- Tabagismo.
- Idade materna avançada.
- Uso de drogas (álcool, cocaína e crack).
- Condições que causem sobredistensão uterina (polihidrânio, gestação gemelar).
- Trauma (automobilístico e trauma abdominal direto).
- DPP em gestação anterior.
- Amniocentese, cordocentese.

QUADRO CLÍNICO DO DPP

- Dor abdominal.
- Persistência da dor entre as contrações no trabalho de parto.
- Sangramento genital de quantidade variável (20% oculto).
- História de hipertensão.
- Pesquisar presença de outros fatores de risco.

EXAME FÍSICO NO DPP

- ABC da reanimação: vias aéreas pervias, padrões de respiração e circulação;
- Sinais vitais: observar taquicardia e alterações posturais da pressão;
- Exame obstétrico: medida de altura uterina, BCF, hipertonia uterina;
- Monitoração fetal: padrão não tranquilizador;
- Palpação abdominal: contrações tetânicas.

LABORATÓRIO

- Hemograma com plaquetas.
- Tipagem sanguínea.
- Coagulograma.
- Uréia.
- Creatinina.
- USG
- Hematomas retroplacentários de tamanhos variados, que aparecem como áreas sonolúcidas ou massas complexas, confirmam o diagnóstico de DPP.

- Localização da placenta para diferenciação com Placenta prévia

TRATAMENTO

- Internar, Acesso venoso calibroso, sondagem vesical, solicitar concentrado de hemácias e amniotomia imediata.
- Avaliação das funções renais (creatinina, uréia, potássio, monitorizar diurese) respiratórias e metabólicas (gasometria arterial) 3. Feto vivo: interrupção pela via mais rápida.
- Feto morto e clínica estável: parto vaginal (aguardar até 6 hs), se clínica instável ou mais de 6 horas fazer cesárea.
- Útero de Couvelaire
- Massagem uterina, ocitocina (Syntocinon): 20-30ui em SG 5% 500ml EV e Metilergonometrina (Methergin) 0,2mg EV ou IM.
- Misoprostol 800mcg via retal.
- Realizar o Ponto de B-Lynch.
- Se não houver contração uterina está indicada Histerectomia Total.
- Cefalotina (Keflin) 1g EV durante a cesárea e 4hs após.
- Hemograma após 12 hs de transfusão.
- Coagulopatia (plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$, TTP elevado, fibrinogênio $<100\text{mg}\%$): plasma fresco ou concentrado de plaquetas ou crioconcentrado de fatores de coagulação.
- Plasma fresco: aumenta fibrinogênio 10mg% por unidade
- Concentrado de plaquetas: aumenta 5-10.000/ unidade (vida útil de 72hs)
- Crioconcentrado de fatores de coagulação (fator VIII e fibrinogênio): aumenta fibrinogênio 10mg% por unidade.
- TPP: tempo de tromboplastina parcial

ALTA

- Sulfato Ferroso 300mg 3x/d/3m;
- Entregar laudo médico para futuro obstétrico.

Quadro 6 – Descolamento Prematura da Placenta (DPP) – RESUMO

Quadro Clínico	- Dor abdominal. - Persistência da dor entre as contrações no trabalho de parto. - Sangramento genital de quantidade variável (20% oculto). - História de hipertensão. - Pesquisar presença de outros fatores de risco
Exame físico	- ABC da reanimação: vias aéreas pervias, padrões de respiração e circulação; - Sinais vitais: observar taquicardia e alterações posturais da pressão; - Exame obstétrico: medida de altura uterina, BCF, hipertonía uterina; - Monitoração fetal: padrão não tranquilizador; - Palpação abdominal: contrações tetânicas.
Laboratório	- Hemograma com plaquetas. - Tipagem sanguínea. - Coagulograma. - Uréia. - Creatinina.
USG	- Hematomas retroplacentários de tamanhos variados, que aparecem como áreas sonolúcidas ou massas complexas, confirmam o diagnóstico de DPP. - Localização da placenta para diferenciação com Placenta prévia.
Tratamento	- Internar, acesso venoso calibroso, sondagem vesical, solicitar concentrado de hemácias e amniotomia imediata. - Avaliação das funções renais (creatinina, uréia, potássio, monitorizar diurese) respiratórias e metabólicas (gasometria arterial) - Feto vivo: interrupção pela via mais rápida. - Feto morto e clínica estável: parto vaginal (aguardar até 6hs), se clínica instável ou mais de 6 horas fazer cesárea. Útero de Couvelaire: - Massagem uterina, ocitocina (Syntocinon): 20-30ui em SG 5% 500ml EV e Metilergonometrina (Methergin) 0,2mg EV ou IM. - Misoprostol 800mcg via retal. - Realizar o Ponto de B-Lynch. - Se não houver contração uterina está indicada Histerectomia Total. - Cefalotina (Keflin) 1g EV durante a cesárea e 4hs após. - Hemograma após 12 hs de transfusão. - Coagulopatia (plaquetas <100.000/mm³, TTP elevado, fibrinogênio <100mg%): plasma fresco ou concentrado de plaquetas ou criocentrado de fatores de coagulação
Alta	- Sulfato Ferroso 300mg 3x/d/3m - Entregar laudo médico para futuro obstétrico.

1. Plasma fresco: aumenta fibrinogênio 10mg% por unidade
2. Concentrado de plaquetas: aumenta 5-10.000/unidade
3. Criocentrado de fatores de coagulação: aumenta fibrinogênio 10mg% por unidade.
4. Imunoglobulina anti-Rh: SN em dose de 600mcg (02 ampolas).

2. Placenta prévia parcial: quando a placenta recobre parcialmente orifício interno do colo.
3. Placenta prévia marginal: atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo.
4. Placenta de implantação baixa: está localizada próxima ao colo do útero, sem atingi-lo.

Pode ocorrer mudança no tipo de placenta prévia durante a gestação ou no decorrer do trabalho de parto.

Teoria da “migração” placentária:

Isso ocorre devido à combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino, que é mais bem vascularizado, com a degeneração das vilosidades periféricas que receberão menor suprimento sanguíneo, conferindo uma implantação placentária adequada.

PLACENTA PRÉVIA (PP)**CONCEITO**

Placenta prévia é definida como a placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero.

CLASSIFICAÇÃO

1. Placenta prévia total: quando a placenta recobre totalmente orifício interno do colo.

FATORES DE RISCO PARA PLACENTA PRÉVIA

- Cesariana prévia é o principal fator de risco.

- Intervenções uterinas anteriores (miomectomia, curetagem).
- Multiparidade /Intervalo interpartal curto.
- Tabagismo.
- Gemelaridade.

Em alguns casos, a placenta prévia vem associada ao acretismo ou as suas formas mais graves, como a placenta increta e percreta.

1. Placenta acreta: as vilosidades atingem o endométrio profundamente.
2. Increta: atingem o miométrio.
3. Percreta: atingem a serosa, podendo ultrapassá-la.

Na suspeita de acretismo placentário, na preparação para o parto deve-se sempre fazer um ecodoppler obstétrico. Considerar a possibilidade de invasão de estruturas adjacentes (bexiga e intestino) em caso de placenta percreta, com grande perda sanguínea, que é indicação de histerectomia.

QUADRO CLÍNICO DA PLACENTA PRÉVIA

- Sangramento indolor.
- Autolimitado.
- Final do segundo e início do terceiro trimestre.
- Presença de sangramento sentinela (entre 26ª e 28ª semanas de gestação).

EXAME FÍSICO NA SUSPEITA DE PLACENTA PRÉVIA

- Sinais vitais.
- Palpação abdominal.
- Medida da altura uterina.
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (geralmente normais).
- Exame especular cuidadoso.
- NÃO realizar toque vaginal até se conhecer a localização exata da placenta.

LABORATÓRIO

- Tipagem sanguínea.
- Hemograma completo.
- Coagulograma.

EXAMES COMPLEMENTARES

- USG vaginal.
- Ecodoppler obstétrico (acretismo placentário).
- Ressonância nuclear magnética (Placentas posteriores).

CONDUTA

A conduta nos casos de placenta prévia vai depender de alguns aspectos:

1. Quantidade do sangramento e condição hemodinâmica materna.
2. Idade gestacional.

1 Conduta expectante Se Sangramento materno é discreto e até 37 semanas

- Internação para avaliação do sangramento, das condições da dilatação do colo e do início do trabalho de parto.
- Repouso relativo.
- Reservar concentrado de hemácias.
- Corticoterapia se 24 – 34 sem. (Betametazona 12mg IM – 2 doses em 24hs (Celestone soluspam 1 ampola=6mg).
- Evitar toque vaginal.
- Administração de imunoglobulina anti D, se paciente for Rh negativo e o pai Rh positivo ou desconhecido.
- Apoio psicológico.
- Alta para acompanhamento ambulatorial deve-se individualizar os riscos:
- Idade gestacional.
- Número e gravidade dos episódios de sangramento.
- Distância e acesso ao hospital.
- Confiança na paciente.

2 Gestação de 37 semanas ou mais

- Internação.
- Avaliação do estado geral da paciente (estabilidade hemodinâmica e indicação de ou não de hemotransfusão).
- Reservar concentrado de hemácias.
- Providenciar a interrupção da gestação.
- Cesárea: se gestação >37semanas ou sangramento abundante independente da idade.
- Parto vaginal: com sangramento discreto, amniotomia precoce em placenta marginal ou baixa.

COMPLICAÇÕES

- Parto pré-termo, principalmente nas placentas completas.
- Acretismo placentário.
- Hemorragias graves.
- Amniorrexe prematura.

ACRETISMO PLACENTÁRIO

- 70% dos casos a histerectomia será realizada no momento do parto, devendo ser total, já que a invasão placentária ocorre no segmento inferior e colo.

- Se houver a invasão de órgãos adjacentes, mais comumente da bexiga, a placenta não deve ser retirada para evitar sangramento maciço, procedendo-se a ligadura do cordão próximo à implantação na placenta, com uso posterior de Metotrexate.

Quadro 7 – Placenta prévia - RESUMO

Quadro Clínico	• Sangramento indolor. • Autolimitado. • Final do segundo e início do terceiro trimestre. • Presença de sangramento sentinela (entre 26ª e 28ª semanas de gestação).	
Exame Físico	• Sinais vitais. • Palpação abdominal. • Medida da altura uterina. • Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (geralmente normais). • Exame especular cuidadoso. • NÃO REALIZAR TOQUE VAGINAL até se conhecer a localização exata da placenta.	
Laboratório	• Tipagem sanguínea. • Hemograma completo. • Coagulograma.	
Exames	• USG vaginal. • Ecodoppler obstétrico (acretismo placentário). • Ressonância nuclear magnética (Placentas posteriores, confirma o acretismo).	
Conduta:	CONDUTA EXPECTANTE: Sangramento materno é discreto e < 37 semanas.	• Internação para avaliação do sangramento, das condições da dilatação do colo e do início do trabalho de parto. • Repouso relativo. • Reservar concentrado de hemácias. • Corticoterapia se 24 – 34 sem.(Betametazona 12mg IM – 2 doses em 24hs (Celestone soluspan 1 ampola=6mg). • Evitar toque vaginal. • Administração de imunoglobulina anti D, se paciente for Rh negativo e o pai Rh positivo ou desconhecido. • Apoio psicológico. h. Alta para acompanhamento ambulatorial deve-se individualizar os riscos: I. Idade gestacional. II. Número e gravidade dos episódios de sangramento. III. Distância e acesso ao hospital. IV. Confiança na paciente.
	CONDUTA ATIVA: Gestação de > 37 semanas ou sangramento abundante independente da idade.	• Internação. • Avaliação do estado geral da paciente (estabilidade hemodinâmica e indicação de ou não de hemotransfusão). • Reservar concentrado de hemácias. • Providenciar a interrupção da gestação. Cesárea: se >37semanas ou sangramento abundante independente da idade. Parto vaginal: com sangramento discreto, amniotomia precoce em placenta marginal ou baixa.
Complicações	• Parto pré-termo, principalmente nas placentas completas. • Acretismo placentário. • Hemorragias graves. • Amniorrexe prematura.	
Acretismo Placentário	• Histerectomia total: já que a invasão placentária ocorre no segmento inferior e colo. • Se houver a invasão de órgãos adjacentes, mais comumente da bexiga, a placenta não deve ser retirada para evitar sangramento maciço, procedendo-se a ligadura do cordão próximo à implantação na placenta, com uso posterior de Metotrexate.	

ROTURA UTERINA

CONCEITO

É uma complicação muito grave em obstetrícia sendo uma importante causa de morbimortalidade materna.

CLASSIFICAÇÃO

1. Completa: há a total rotura da parede uterina. É uma urgência obstétrica, levando a risco de vida tanto da mãe quanto do feto.
2. Incompleta: o peritônio parietal permanece intacto. Geralmente não é complicada, podendo permanecer assintomática após um parto vaginal.

FATORES PREDISPOANTES

- Cicatriz uterina anterior (cesárea, miomectomia, operação de Strassman);
- Rotura uterina anterior;
- Multiparidade;
- Acrestismo placentário;
- Trabalho de parto prolongado;
- Trauma abdominal.

FATORES DETERMINANTES

- Hipercontratilidade uterina.
- Parto obstruído (desproporção cefalopélvica).
- Manobras obstétricas intempestivas (extração pélvica, Fórceps alto, versão interna, curagem, curetagem).
- Traumáticas (traumatismo direto sobre o ventre).

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Iminência de Rotura Uterina

- Contrações subentrantes intensas e excessivamente dolorosas.
- Síndrome de distensão segmentar (Bandl-Frommel).
- Sinal de Bandl (anel próximo ou contíguo à cicatriz umbilical que separa o corpo do segmento inferior do útero).

- Sinal de Frommel (ligamentos redondos retesados e desviados para frente).

ROTURA UTERINA INSTALADA

- Dor abrupta e lancinante no hipogástrio, seguida de acalmia dolorosa transitória.
- Hemorragia (interna e/ou externa) cuja intensidade dependerá da extensão da rotura e dos vasos atingidos.
- Choque hipovolêmico diretamente relacionado ao volume da hemorragia.
- Paralisação do trabalho de parto.
- Deformidades abdominais (útero vazio e feto fora da cavidade – rotura completa, feto “superficial” e com ausculta em geral negativa).

CONDUTA

1. Diagnóstico confirmado, em primeiro lugar deve-se conseguir a estabilidade hemodinâmica da gestante iniciando o ABC da reanimação:
 - Vias aéreas pervias, respiração – fornecer O₂ em máscara a 10l/min ou cateter a 5l/min,
 - Puncionar dois acessos venosos calibrosos infundindo 1.000ml de solução cristaloide em cada acesso na velocidade inicial de 500ml nos primeiros 10 minutos e manter com a velocidade de infusão de 250ml/hora.
2. Sonda vesical para controle da diurese.
3. Laparotomia imediata com inventário da cavidade. Visando a localização da rotura e propagação das lesões (bexiga, ureter, reto e artérias uterinas).
4. Procedimento varia de acordo com o grau das lesões, prole, idade da paciente.
5. A conduta poderá ser desde uma histerorrafia ou histerectomia. Algumas roturas provocam grandes hematomas de ligamento largo, podendo estender-se ao retroperitônio. O hematoma de ligamento largo deve ser drenado, mas hematomas retroperitoniais, em princípio, não devem ser manipulados.

Quadro 8 – Rotura uterina

Classificação	Completa: há a total rotura da parede uterina. É uma urgência obstétrica, levando a risco de vida tanto da mãe quanto do feto.	
	Incompleta: o peritônio parietal permanece intacto. Geralmente não é complicada podendo permanecer assintomática após um parto vaginal.	
Fatores de Risco	Predisponentes	• Cicatriz uterina anterior (cesárea, miomectomia, operação de Strassman). • Rotura uterina anterior • Multiparidade • Acretismo placentário • Trabalho de parto prolongado. • 6. Trauma abdominal.
	Determinantes	• Hipercontratilidade uterina. • Parto obstruído (desproporção cefalopélvica). • Manobras obstétricas intempestivas (extração pélvica, Fórcepe alto, versão interna, curagem, curetagem). • 4. Traumáticas (traumatismo direto sobre o ventre).
Quadro Clínico e Diagnóstico	Iminência de Rotura Uterina	• Contrações subentrantes intensas e excessivamente dolorosas. • Síndrome de distensão segmentar (Bandl-Frommel). • Sinal de Bandl (anel próximo ou contíguo à cicatriz umbilical que separa o corpo do segmento inferior do útero). • Sinal de Frommel (ligamentos redondos retesados e desviados para frente).
	Rotura Uterina Instalada	• Dor abrupta e lancinante no hipogástrio. • Hemorragia (interna e/ou externa) cuja intensidade dependerá da extensão da rotura e dos vasos atingidos. • Choque hipovolêmico diretamente relacionado ao volume da hemorragia. • Paralisação do trabalho de parto. • Deformidades abdominais (útero vazio e feto fora da cavidade – rotura completa, feto “superficial” e com ausculta em geral negativa).
CONDUTA	• Diagnóstico confirmado, em primeiro lugar deve-se conseguir a estabilidade hemodinâmica da gestante iniciando o ABC da reanimação: • Vias aéreas pérvias, respiração – fornecer O₂ em máscara a 10l/min ou cateter a 5l/min, • Puncionar dois acessos venosos calibrosos infundindo 1.000ml de solução cristaloide em cada acesso na velocidade inicial de 500ml nos primeiros 10 minutos e manter com a velocidade de infusão de 250ml/hora. • Sonda vesical para controle da diurese. • Laparotomia imediata com inventário da cavidade. Visando a localização da rotura e propagação das lesões (bexiga, ureter, reto e artérias uterinas). Procedimento varia de acordo com o grau das lesões, prole, idade da paciente. • A conduta poderá ser desde uma histerorrafia ou histerectomia. Algumas roturas provocam grandes hematomas de ligamento largo, podendo estender-se ao retroperitônio. O hematoma de ligamento largo deve ser drenado, mas hematomas retroperitoniais, em princípio, não devem ser manipulados.	

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (AMNIOREXE PREMATURA)

DEFINIÇÃO

A Ruptura Prematura de Membranas (RPM) é definida como a ruptura das membranas amnióticas antes do início do trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. Quando ocorre antes de 37 semanas é classificada como Ruptura Prematura de Membranas Pré-Termo (RPMT) e no termo denomina-se Rotura Prematura de Membranas no Termo (RPMT).

INCIDÊNCIA

A incidência da RPM é em torno de 10% das gestações e da RPPM varia de 1 a 3%, sendo esta responsável por 25% de todas as RPM.

ETIOLOGIA

A infecção e a atividade inflamatória nas membranas são a principal causa de RPM.

São múltiplos fatores de risco:

1. Sobredistensão uterina (polidrâmnio, gestação múltipla).
2. Fatores mecânicos (contração uterina, movimentação fetal).

3. Alteração da integridade cervical (incompetência ístimo-cervical, cerclagem)
4. Fatores intrínsecos (Deficiência da alfa-1-antitripsina, drepanocitose e síndrome de Ehlers-Danlos).
5. Alteração da oxigenação tecidual (tabagismo).
6. Diminuição da atividade imunológica bactericida do líquido amniótico.

SINAIS E SINTOMAS

A queixa principal é a saída de água pelos genitais. Na anamnese devem ser anotados a quantidade, a coloração, o odor e hora que ocorreu essa perda de líquido.

EXAME FÍSICO

1. Temperatura axilar e pulso materno.
2. Dinâmica uterina.
3. Altura uterina.
4. BCF.
5. Exame especular:
 - a) A inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo.
 - b) Determinação do PH vaginal (entre 6,0 a 8,1 é indicativo da presença de LA na vagina).Evitar a realização de toque vaginal, exceto nas gestações a termo, em gestantes com parto iminente ou quando se planeja a indução imediata.
Se houver sangramento vaginal, avaliar possibilidade de placenta prévia e/ou descolamento de placenta.
Exames Complementares:
 1. Hemograma.
 2. Proteína C Reativa.
 3. Hemocultura na admissão.
 4. Urina I com bacterioscopia.
 5. USG Obstétrico.
 6. Cardiotocografia fetal.

CONDUTA

Dependerá da idade gestacional que ocorrer.

ENTRE 22 E 24 SEMANAS: Individualização da conduta.

Nesta faixa de idade gestacional o prognóstico perinatal é bastante ruim, além dos riscos maternos associados, tais como corioamnionite, sepsis e até óbito. Diante disso, pode-se oferecer à mulher e sua família a opção de interrupção da gestação. Caso a mulher opte por uma conduta expectante, tal fato deverá ser registrado no prontuário.

Deve-se fazer a internação no momento do diagnóstico, com hiper-hidratação por 48-72 horas e reavaliação do ILA.

A partir de então, reavaliar periodicamente. O acompanhamento poderá ser realizado em nível ambulatorial, se não houver evidências de infecção ou sangramento vaginal, conforme a seguir:

1 Avaliação de sinais de infecção e de começo do trabalho de parto

- A. Febre.
 - B. Hemograma e PCR duas vezes por semana.
 - C. Presença de contrações uterinas.
2. Avaliação do estado fetal:
- A. Biometria fetal a cada 07 dias.
 - B. Percepção de movimentos fetais pela mãe.
 - C. Ausculta de batimentos cardíofetais duas vezes por semana.
 - D. Repouso estrito no leito;
 - E. Evitar coito vaginal;
 - F. Antibioticoterapia:
 - a. AMPICILINA 2g IV a cada 6 horas por 48 horas seguida por 05 dias de AMOXICILINA 500mg a cada 8h ou 875mg oral a cada 12 horas. AZITROMICINA 1g em dose única oral
 - G. Sem tocólise;
 - H. Sem corticoterapia.

A variável mais importante para a orientação sobre prognóstico fetal é o volume de líquido amniótico. O oligohidrânio acentuado persistente por 14 dias ou mais está fortemente associado à hipoplasia pulmonar letal e a complicações como descolamento prematuro de placenta.

Interrupção imediata da gestação se entrar em TP ou apresentar sinais de corioamnionite. Se a gravidez se prolongar além de 24 semanas, a gestante deverá ser manejada como 24 a 34 semanas.

ENTRE 24 A 34 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Ausência de sinais maternos de infecção e ausência de sofrimento fetal. Esta conduta se justifica pela alta mortalidade perinatal neste período, pelo risco de prematuridade maior que o de infecção, e pela sobrevida neonatal aumentar em 2 a 3% para cada dia adicional de vida intrauterina.

Internação hospitalar

1. Controle rigoroso de T, P, PA, BCF cada 6 horas.
2. Antibioticoterapia profilática:
 - a. AMPICILINA 2g IV a cada 6 horas por 48 horas seguida

por 5 dias de AMOXICILINA 500mg a cada 8h ou 875mg oral a cada 12 horas. AZITROMICINA 1g em dose única oral

3. Cardiotocografia diária.
4. Mobilograma após almoço e jantar;
5. USG Obstétrico a cada 03 dias para avaliação da medida do ILA, biometria e diagnóstico do crescimento fetal restrito.
6. Hemograma e Proteína C Reativa a cada 02 dias.
7. Observação de corrimentos vaginais e recomendar higienização vulvoperineal duas (2) vezes ao dia.
8. Repouso relativo e Abstinência sexual
9. Não fazer tocólise. – Na presença de contração uterina é grande a possibilidade da corioamnionite e a inibição do trabalho de parto pode aumentar ainda mais a disseminação da infecção.
10. Corticoterapia:
 - a. Betametasona 12mg IM a cada 24h por dois dias (duas doses). OU
 - b. Dexametasona 6mg IM de 12 em 12h por 2 dias (4 doses).
 - c. Contraindicações: evidências de infecção e/ou parto iminente, hipersensibilidade à droga.

ALÉM DE 34 SEMANAS

1. Interrupção imediata da gestação mediante a indução do trabalho de parto.
2. A escolha do método de indução dependerá do estado de amadurecimento cervical:
 - a. Se houver condições cervicais favoráveis, utilizar ocitocina:
 - I). Ocitocina – 05 ui em SG 5% 500 ml EV 20gotas/ minutos.
 - II). No caso de colo desfavorável, amadurecimento cervical:
 - I). Misoprostol 25mg via vaginal 03 vezes ao dia por 48 horas.
3. A cesariana está recomendada apenas nas indicações obstétricas.
4. Profilaxia para GBS: se não usou antibioticoterapia profilática.
 - a. Ampicilina 2g EV dose de ataque, manter 1g EV de 4/4hs até o nascimento.

CRITÉRIOS PARA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO

1. Gestação até 20 semanas, respeitadas as limitações legais, e além de 34 semanas;
2. Trabalho de parto espontâneo;
3. Sinais de comprometimento fetal;
4. Sinais de infecção.
 - a. Hipertermia $\geq 37,80^{\circ}\text{C}$ e pelo menos dois dos seguintes sinais:
 - b. Útero doloroso.
 - c. Odor vaginal desagradável.
 - d. Taquicardia materna $> 100\text{bpm}$.
 - e.. Taquicardia fetal $> 160\text{bpm}$.
 - f. Leucocitose > 15.000 células/ml.
 - g. Elevação sustentada e progressiva dos leucócitos
 - h. PCR elevado.
 - i.. Secreção purulenta pela cervix ao exame especular.

Todavia, quando houver necessidade de interrupção da gestação em gestantes que não estão em trabalho de parto, a conduta dependerá da idade gestacional:

1. Nas gestações ≥ 34 semanas em apresentação de vértice a via vaginal é a mais apropriada, e a indução do parto pode ser realizada, independentemente do estado cervical.
2. Nas gestações < 34 semanas, a via de parto dependerá do estado cervical:
 - a. Naquelas com escore de Bishop ≥ 6 , a indução do parto pode ser feita com ocitocina.
 - b. Naquelas com escore de Bishop < 6 , pode-se avaliar a utilização de misoprostol para amadurecimento cervical, desde que o processo de indução não seja muito prolongado (< 24 horas).
 - c. Em situações onde a indução poderá ser prolongada, considerar a realização de cesariana.

CORIOAMNIONITE

A Incidência global de amnionite nas pacientes com RPM é de 9%.

1. Sinais de infecção.
 - a. Hipertermia $\geq 37,80^{\circ}\text{C}$ e pelo menos dois dos seguintes sinais:
 - b. Útero doloroso.
 - c. Odor vaginal desagradável.
 - d. Taquicardia materna $> 100\text{bpm}$.
 - e. Taquicardia fetal $> 160\text{bpm}$.
 - f. Leucocitose > 15.000 células/ml.
 - g. Elevação sustentada e progressiva dos leucócitos.

- h. PCR elevado.
- i. Secreção purulenta pela cervix ao exame especular.

CONDUTA

2. Possibilidade de infecção (sinais de alerta):

a. Diminuição da reatividade fetal (aceleração transitória ausente ou menor que 02 em 10 minutos) na Cardiotocografia.

b. Diminuição abrupta na quantidade do líquido amniótico.

c. Diminuição dos movimentos respiratórios no Perfil Biofísico Fetal.

d. Proteína C Reativa >7,2 mg/dl.
1. Antibioticoterapia:

a. Cefalotina 1g EV de 6/6hs.

b. Gentamicina 240mg em SF 100 ml EV em 01 hora.

c. Metronidazol 500mg EV de 8/8hs.
2. Interrupção da gestação pela via mais rápida.
3. Controle rigoroso no puerpério de sinais de persistência de infecção (febre, útero amolecido e doloroso , loquiação fétida e leucocitose persistente).

QUADRO 9-AMNIORREXE PREMATURA E CORIOAMNINITE

DIAGNOSTICO	EXAME FÍSICO: Evitar a realização de toque vaginal	1. Temperatura axilar e pulso materno. 2. Dinâmica uterina. 3. Altura uterina. 4. BCF.		5. Exame especular: a. A inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo. b. Determinação do PH vaginal (entre 6,0 a 8,1 é indicativo da presença de LA na vagina).	
	EXAMES COMPLEMENTARES	1. Hemograma 2. Proteína C Reativa. 3. Hemocultura na admissão.		4. Urina I com bacterioscopia. 5. USG Obstétrico 6. Hemocultura na admissão.	
CONDUTA: Dependerá da idade gestacional que ocorrer.	ENTRE 22 E 24 SEMANAS: Individualização da conduta. Registrar no prontuário	Interrupção	Indução do parto.		
		Expectante. Se não houver evidências de infecção ou sangramento vaginal.	Internar	1. Hiper hidratação 48 a 72 hs. 2. Reavaliar ILA.	
			Ambulatorial	1. Avaliação de sinais de infecção e de começo do trabalho de parto: a. Febre b. Hemograma e PCR duas vezes por semana. c. Presença de contrações uterinas. 2. Avaliação do estado fetal: a. Biometria fetal a cada 07 dias. b. Percepção de movimentos fetais pela mãe. c. Ausculta de batimentos cardíofetais duas vezes por semana. 3. Repouso estrito no leito; 4. Evitar coito vaginal; 5. Antibioticoterapia: a. AMPICILINA 2g IV a cada 6 horas por 48 horas seguidas por 05 dias de AMOXILINA 500mg a cada 8h ou 875mg oral a cada 12 horas. AZITROMICINA 1g em dose única oral. 6. Sem tocolise; 7. Sem corticoterapia.	
	ENTRE 24 A 34 SEMANAS DE GESTAÇÃO: Ausência de sinais maternos de infecção e ausência de sofrimento fetal	Internação hospitalar: 1. Controle rigoroso de T, P, PA, BCF cada 6 horas 2. Antibioticoterapia profilática: a. AMPICILINA 2g IV cada 6 horas por 48 horas seguida por 5 dias de AMOXILINA 500 mg de 8/8h ou 875 mg oral de 12/12 horas. AZITROMICINA 1 g em dose única oral. 3. Cardiotocografia diária. 4. Mobilograma após almoço e jantar; 5. USG Obstétrico a cada 03 dias para avaliação de medida do ILA, biometria e diagnóstico do crescimento fetal restrito. 6. Hemograma e Proteína C Reativa a cada 02 dias. 7. Observação de corrimentos vaginais e recomendar higienização vulvoperineal 02 vezes ao dia. 8. Repouso relativo e Abstinência sexual. 9. Não fazer tocolise. Na presença de contração uterina é grande a possibilidade da corioamnonite, e a inibição do trabalho de parto pode aumentar ainda mais a disseminação da infecção. 10. Corticoterapia: a. Betametasona 12mg IM a cada 24h por dois dias (duas doses). OU b. Dexametasona 6mg IM de 12 em 12H por 2 dias (4 doses). c. Contraindicações : evidências de infecção e/ou parto iminente, hipersensibilidade à droga.			

CONDUTA: Dependerá da idade gestacional que ocorrer.	ALÉM DE 34 SEMANAS	1. Interrupção imediata da gestação mediante a indução do trabalho de parto. 2. A escolha do método de indução dependerá do estado de amadurecimento cervical: a. Se houver condições cervicais favoráveis, utilizar ocitocina: I. Ocitocina 05ui em SG 5% 500 ml EV 20 gotas/minutos. b. No caso de colo desfavorável, amadurecimento cervical: I. Misoprostol 25mg via vaginal 03 vezes ao dia por 48 horas. 3. A cesariana está recomendada apenas nas indicações obstétricas. 4. Profilaxia para GBS: se não usou antibioticoterapia profilática. Ampicilina 2g EV dose de ataque, manter 1g EV de 4/4 hs até o nascimento.	
	CRITÉRIOS PARA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO:	1. Gestação até 20 semanas, respeitadas as limitações legais, e além de 34 semanas; 2. Trabalho de parto espontâneo; 3. Sinais de comprometimento fetal; 4. Sinais de infecção. a. Hipertermia > 37,8°C pelo menos dois dos seguintes sinais: I. Útero doloroso. II. Odor vaginal desagradável. III. Taquicardia materna > 100 bpm. IV. Taquicardia fetal > 160 bpm. V. Leucocitose > 15.000 células/ml. VI. Elevação sustentada e progressiva dos leucócitos. VII. PCR elevado. VIII. Secreção purulenta pela cervix ao exame especular.	
	INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO EM GESTANTES QUE NÃO ESTÃO EM TRABALHO DE PARTO	1. Na gestação > 34 semanas em apresentação de vértice, a via vaginal é a mais apropriada, e a indução do parto pode ser realizada, independentemente do estado cervical. 2. Nas gestações < 34 semanas, a via de parto dependerá do estado cervical: a. Nas gestantes com escore de Bishop > 6, a indução do parto pode ser feita com ocitocina. b. Nas gestantes com escore de Bishop < 6, pode-se avaliar a utilização de misoprostol para amadurecimento cervical, desde que o processo de indução não seja muito prolongado (< 24 horas). c. Em situações onde a indução poderá ser prolongada, considerar a realização de cesariana.	
	CORIOAMNIONITE	1. Sinais de infecção.	a. Hipertermia > 37,8°C pelo menos dois dos seguintes sinais: I. Útero doloroso. II. Odor vaginal desagradável. III. Taquicardia materna > 100 bpm. IV. Taquicardia fetal > 160 bpm. V. Leucocitose > 15.000 células/ml. VI. Elevação sustentada e progressiva dos leucócitos. VII. PCR elevado. VIII. Secreção purulenta pela cervix ao exame especular.
		Sinais de alerta	a. Diminuição da reatividade fetal (aceleração transitória ausente ou menor que 02 em 10 minutos) na Cardiotocografia. b. Diminuição abrupta na quantidade do líquido amniótico. c. Diminuição dos movimentos respiratórios do Perfil Biofísico Fetal. d. Proteína C Reativa > 7,2 mg/dl.
		Conduta	1. Antibioticoterapia: a. Cefalotina 1g EV de 6/6hs. b. Gentamicina 240mg em SF 100 ml EV em 01 hora. c. Metronidazol 500mg EV de 8/8hs. 2. Interrupção da gestação pela via mais rápida. 3. Controle rigoroso no puerpério de sinais de persistência de infecção (febre, útero amolecido e doloroso, Loquiação fétida e leucocitose persistente).

Alérgica a ampicilina: Clindamicina (Dalacin) 600mg EV 6/6hs.

TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)

CONCEITO

É a presença do trabalho de parto em gestação superior a 22 e inferior a 37 semanas.

ETIOLOGIA

Fatores de risco associados à prematuridade.

1.	Parto prematuro prévio
2.	História materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre
3.	Comprimento cervical <3.0cm
4.	Baixo nível socioeconômico
5.	Idade materna <15 anos ou >40 anos
6.	Complicações maternas (clínicas ou obstétricas)
7.	Atividade física aumentada
8.	Tabagismo
9.	Uso de cocaína
10.	Ausência de controle pré-natal
11.	Situações de alto estresse
12.	Gestação múltipla
13.	Crescimento intrauterino restrito
14.	Anomalias congênitas
15.	Polihidrâmnio
16.	Rotura prematura de membranas pré-termo
17.	Descolamento de placenta
18.	Presença de DIU
19.	Mioma (particularmente submucoso ou subplacentário)
20.	Anomalias uterinas
21.	Insuficiência istmo-cervical
22.	Infecções maternas
23.	Síndrome antifosfolípide
24.	Trauma
25.	Cirurgia

QUADRO CLÍNICO

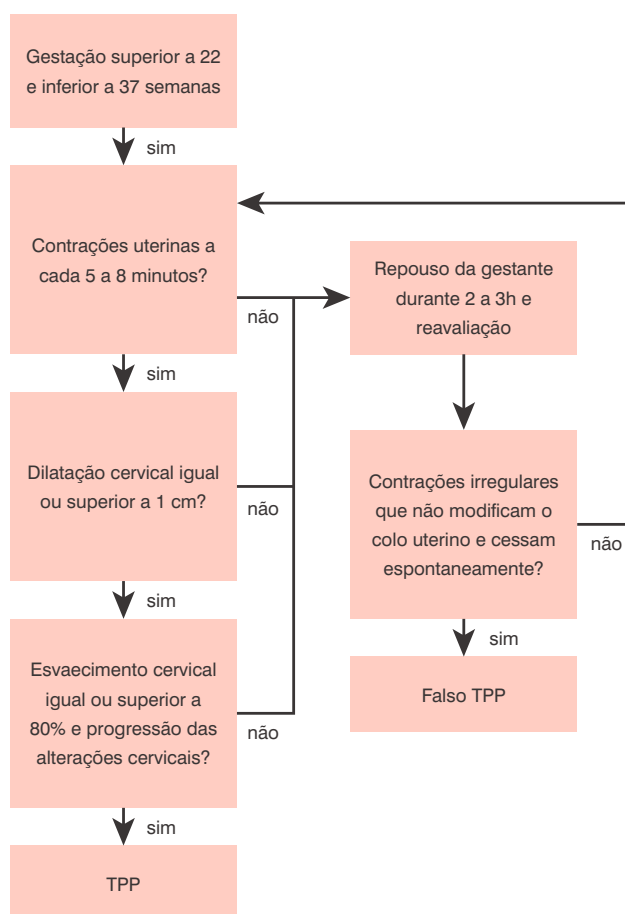
Presença de contrações uterinas em gestação superior a 22 e inferior a 37 semanas.

DIAGNÓSTICO

1. Presença de contrações uterinas a cada 5 a 8 minutos.
2. Dilatação cervical igual ou superior a 1 cm.
3. Esvaecimento cervical igual ou superior a 80% e progressão das alterações cervicais.
4. Casos duvidosos ou iniciais em que ainda não deu para caracterizar o TPP, é necessário o repouso da gestante durante 02 a 03 horas para observação clínica e reavaliação, de preferência, pelo mesmo observador.

O falso trabalho de parto prematuro diferencia-se por apresentar apenas o aparecimento de contrações irregulares que não modificam o colo uterino e que geralmente cessam espontaneamente.

QUADRO 10 – FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO



EXAMES COMPLEMENTARES

1. Hemograma;
2. Urina tipo I;
3. Pesquisa para estreptococo do grupo B, se não tiver sido realizada antes;
4. Cardiotocografia fetal acima de 28 semanas;
5. Ultrassonografia:
 - a. Solicitar ultrassonografia obstétrica se houver suspeita de placenta prévia ou rotura de membranas

e houver dúvidas em relação à idade gestacional e ao crescimento fetal, assim como para auxiliar na tomada de decisões quando necessário;

- b. Comprimento cervical < 2,5cm à ultrassonografia tem um bom valor preditivo em mulheres com risco aumentado para parto prematuro.

PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO

Embora a prevenção da prematuridade continue a ser um desafio para a obstetrícia, alguns resultados têm sido obtidos por meio:

1. Identificação e tratamento de infecções genitais e trato urinário;
2. Adaptação laboral da grávida de risco;
3. Cerclagem nos casos de incompetência istmocervical;
4. 100mg de progesterona por via vaginal diariamente a partir de 24 e até 34 semanas de gestação:
 - a. Parto prematuro anterior;
 - b. Submetidas a cerclagem cervical;
 - c. Portadoras de malformações uterinas.
5. 200mg de progesterona vaginal diariamente até pelo menos 34 semanas:
 - a. Comprimento cervical $\leq 1,5$ cm em ultrassonografia transvaginal realizada entre 20 e 25 semanas, independentemente de fatores de risco presentes.

PLANO DE CUIDADOS

CONDUTA

INTERNAÇÃO

1. Repouso no leito preferencialmente em decúbito lateral esquerdo;
2. Ringer lactado 1000 ml EV de 8/8hs;
3. Brometo de N-butilscopolamina (Buscopan) 01 ampola EV de 8/8hs;
4. Nifedipina (Adalat) – primeira escolha:
 - a. Dose de ataque: 30 mg VO dose única e, se necessário, 20 mg após 30 minutos se a atividade uterina persistir. Se após a segunda dose mantiver atividade uterina, considerar falha terapêutica e utilizar outro agente;
 - b. Manutenção 20 mg VO de 8/8hs até 72 horas.
5. Terbutalina (Bricanyl) – segunda escolha:
 - a. Solução de 5mg (ou 10 amp) em 500ml SG 5% (0,01mg/ml). Iniciar a 10 μ g/min (60ml/h em bomba de infusão ou 20 gotas/min). Aumentar 10 μ g/

min de 20 em 20 minutos até inibição das contrações ou efeitos colaterais maternos indesejáveis (pulso > 120 bpm, dor torácica, hipotensão.). Manter por 60 minutos. Diminuir 10 μ g/min de 30 em 30 minutos até menor dosagem efetiva para inibição das contrações. Manter por 24 horas.

6. Betametasona (Celestone Soluspan) 1amp IM a 24/24hs 02 doses;
 - a. Indicação 24 a 34 semanas.
7. Cardiotocografia fetal diário;
8. Mobilograma após almoço e jantar (06 movimentos fetais a cada hora);
9. Sinais vitais de 4/4hs;
10. Solicitar os exames da rotina para trabalho de parto prematuro.

FICAR ALERTA

1. Temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$;
2. Dor torácica, pulso materno > 100 bpm, leucócitos > 15.000;
3. BCF > 160 bpm;
4. Contrações uterinas;
5. Diminuição dos movimentos fetais (< 6 movimentos em um período de 1 hora).

CONTRA INDICAÇÕES PARA INIBIÇÃO DAS CONTRAÇÕES UTERINAS

1. Maternas: corioamnionite, sangramento grave, condições clínicas maternas, hipertensão induzida pela gravidez;
2. Fetais: morte fetal, anomalias fetais incompatíveis com a vida, comprometimento fetal, crescimento intrauterino restrito grave ou idade gestacional > 34 semanas;
3. Contra indicações relacionadas às drogas:
 - a. Nifedipina: hipotensão materna (PA < 90/50mmHg), doença cardíaca e disfunção renal ou hepática.
 - b. Beta 2 – adrenérgicos: Arritmia, Insuficiência Cardíaca, Hipertensão arterial, Hipertireoidismo e Diabetes Mellitus.

ALTA

- a. Alta após 24 horas sem contrações;
- b. Encaminhar para consulta no pré-natal de alto risco. Orientações para a alta:
- c. Atenção para eliminação de fluidos vaginais;
- d. Atenção para sinais e sintomas de TPP;
- e. Contagem de movimentos fetais duas vezes ao dia;

- f. Retorno ao hospital se necessário:
- a. Presença de contrações;
- b. Eliminação de sangue ou fluido pelos genitais;
- c. Diminuição dos movimentos fetais.

ASSISTÊNCIA AO PARTO (se a tocolise falhar)

1. Manter integridade das membranas (evitar fazer amniotomia);
2. Vigilância rigorosa da vitalidade (amnioscopia e CTG);
3. Indicações de cesárea:
 - a. Situação transversa e apresentação pélvica;
 - b. Fetos com peso < 1500g;
 - c. Síndromes hemorrágicas;
 - d. Cefálicas defletidas.

INDICADORES

1. Taxa de TPP na população atendida;
2. Número de casos de TPP e de falso TPP na população atendida;
3. Causas do TPP na população atendida.

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) caracteriza-se pela ocorrência da tríade sintomática: hipertensão arterial acompanhada de proteinúria significativa e/ou edema de mãos ou face em gestantes após a vigésima semana de gravidez.

Hipertensão arterial é a presença de pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg, medidas estas confirmadas após 5 minutos de repouso, com a paciente sentada ou em decúbito horizontal.

Proteinúria significativa é quando os teores de proteína são de 300mg/l (0,3g/l) ou mais em urina de 24 horas ou ≥ 1 g/l ou ++ ou mais em amostra isolada.

Edema é o acúmulo anormal de líquido intersticial extracelular e na DHEG ocorre de forma generalizada e de aparecimento súbito e que não desaparece com o repouso (aumento de peso de 500g ou mais por semana).

A DHEG classifica-se em pré-eclâmpsia leve, grave e eclâmpsia.

PRÉ-ECLÂMPسيا LEVE

As gestantes com pré-eclâmpsia leve, de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo.

Na avaliação das condições maternas deve constar:

1. PA de 4/4h durante o dia;
2. Pesagem diária;
3. Pesquisa de sintomas de iminência de eclâmpsia:
 - a. Cefaléia frontal ou occipital persistente;
 - b. Distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose);
4. Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhado ou não de náuseas e vômitos;
5. Hiper-reflexia;
6. Proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas; hematócrito e plaquetas; provas de função renal e hepática.
Não há necessidade de tratamento medicamentoso.
Avaliação das condições fetais:
 - 1 Contagem de movimentos fetais diariamente;
 - 2 Avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico. Se os resultados estiverem normais, repetir o teste a cada três semanas;
 - 3 Cardiotocografia basal (CTB). Se a CTB for reativa, repetir semanalmente;
 - 4 A reavaliação materna e fetal deve ser imediata se ocorrerem mudanças abruptas nas condições maternas, redirecionando a conduta.

Nas gestações pré-termo, o controle ambulatorial pode ser iniciado após a hospitalização se confirmadas condições materno-fetais estáveis, com as seguintes recomendações:

- 1 Consultas semanais;
- 2 Repouso relativo (evitar grandes esforços);
- 3 Pesar diariamente pela manhã;
- 4 Proteinúria na fita semanalmente pela manhã;
- 5 Medir a pressão arterial pelo menos uma vez ao dia.

A presença dos seguintes sinais e sintomas demanda retorno imediato ao hospital:

- 1 PA $\geq 150/100$ mmHg;
- 2 Proteinúria na fita ++ ou mais;
- 3 Aumento exagerado de peso;
- 4 Cefaléia grave e persistente.
- 5 Dor abdominal persistente, principalmente na região epigástrica e hipocôndrio direito;
- 6 Sangramento vaginal;
- 7 Presença de contrações uterinas regulares;

- 8 Presença de distúrbios visuais como diplopia, fotofobia, escotomas etc.;
- 9 Náusea ou vômitos persistentes;
- 10 Diminuição dos movimentos fetais.

QUADRO 11 – PRÉ-ECLÂMPSIA LEVE

SINAIS E SINTOMAS	A. PAD ≥ 90 e < 110 , Proteinúria + ou $> 300\text{mg/l}$ em urina de 24h. B. Edema ++. C. Peso $> 500\text{g/sem}$.
LABORATÓRIO	1. Hemograma completo. 2. Plaquetas 3. Creatinina. 4. Ácido úrico. 5. AST ou TGO. 6. ALT ou TGP. 7. Desidrogenase láctica (DHL). 8. Bilirrubinas totais e frações. 9. Urina I.
VITALIDADE FETAL	D. USG COM DOPPLER. E. Cardiotocografia. F. Amnioscopia se a dilatação do colo permitir.
TRATAMENTO	1. Dieta normossódica hiperproteica. 2. Repouso DLE ($> 4\text{h/d}$) 3. Levomepromazina (neozine) 3mg (3gotas) VO 8/8h. 4. Não usar hipotensor e/ou diurético. 5. Opcionais: Betametasona 12mg – 2 doses/24h entre 24-34sem.
ENCAMINHAMENTO	Ambulatório de gestação de alto risco.

Betametasona = Celestone soluspan 01 ampola.
(3mg acetato e 3,945mg fosfato betametasona).

PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE

A pré-eclâmpsia grave caracteriza-se pela presença de um ou mais dos seguintes critérios de gravidade:

- 1- Pressão arterial $\geq 160 \times 110$ mmHg; confirmada em duas tomadas com intervalo de quatro horas, estando a paciente em repouso e sedada;
- 2- Proteinúria $\geq 2\text{g/l}$ em 24h;
- 3- Edema generalizado de mãos e face;
- 4- Perda da função renal, caracterizada por oligúria (< 400 ml/dia) e por níveis séricos de creatinina crescentes e maiores do que $1,2\text{mg/dl}$;

- 5- Sinais de encefalopatia hipertensiva: cefaléia, epigastralgia ou transtornos visuais;
- 6- Insuficiência pulmonar ou cardíaca: cianose e/ou edema pulmonar;
- 7- Dor em hipocôndrio direito (sinal de iminência de rotura hepática)
- 8- Trombocitopenia grave: < 100.000 plaquetas/mm³;
- 9- Icterícia ou elevação das enzimas hepáticas:
 - a) Bilirrubina total $\geq 1,2$ mg/%.
 - b) TGO $\geq 70\text{U/l}$.

TRATAMENTO

- a) CLÍNICO: internação hospitalar
 - 1- Repouso em decúbito lateral esquerdo;
 - 2- Dieta hipossódica e hiperproteica;
 - 3- Sedação: Levomepromazina 3mg (três gotas) VO de 8/8h;
 - 4- Drogas para controle da hipertensão e/ou de manutenção:
 - a) Pindolol 10 a 30mg/dia em duas a três tomadas (comprimidos de 05 e 10mg). Efeito hipotensor muito efetivo. Efeitos colaterais: palpitação e tremores maternos, hipoglicemia e icterícia neonatais.
 - b) Alfa metildopa 750 a 2g/dia em três a quatro tomadas ao dia (comprimidos de 250 e de 500mg). Efeito hipotensor moderado. Complicações descritas: anemia hemolítica e aumento das transaminases (importante no diferencial de síndrome HELLP).
 - 5- Drogas para a emergência hipertensiva:
 - a) Hidralazina 5mg EV a cada 15-20 min (diluição de 1 amp de 20mg em 9ml de água destilada; 2,5ml = 5mg), dose máxima 50mg. Controle da pressão arterial de 10/10 minutos.
 - b) OBSTÉTRICO: pesquisa da maturidade fetal a partir de 32 a 34 semanas de gestação;
 - 1- Maturidade presente efetuar parto terapêutico;
 - 2- Maturidade ausente fazer acompanhamento seriado da vitalidade fetal, 2x/semana ou mais amiúde, se necessário;
 - a) Vitalidade fetal comprometida efetuar parto terapêutico;
 - b) Vitalidade fetal estiver normal, aguarda-se a maturidade fetal.
- Se houver deterioração do quadro clínico:
- a) Controle pressórico inadequado (três drogas hipotensoras em dose máxima).
 - b) Alteração no quadro laboratorial no sentido de uma síndrome HELLP (plaquetopenia, aumento das transaminases e icterícia), efetuar parto terapêutico.

INDICAÇÕES PARA O PARTO NA PRÉ-ECLÂPSIA

MATERNA	FETAL
Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade.	Restrição grave do crescimento fetal
Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes.	Suspetia ou comprometimento da vitalidade fetal.
Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos.	Oligohidramnio (Índice de líquido amniótico < 5).
Contagem de plaquetas <100.000/mm ³	Maturidade fetal.
Deterioração progressiva da função hepática	
Deterioração progressiva da função renal	
Suspeita de descolamento de placenta.	
Trabalho de parto ou sangramento.	

QUARO 12 – PRÉ-ECLÂPSIA GRAVE

SINAIS E SINTOMAS	A. PA D >= 110 após 1h levomepromazina B. Proteinúria >2g/24h C. Edema generalizado D. Oligúria (< 400ml/24h). E. CIUR
LABORATÓRIO E EXAMES	1. Hemograma completo 2. Plaquetas 3. Creatinina 4. Clearance creatinina 5. Ácido úrico 6. AST ou TGO 7. ALT ou TGP 8. Desidrogenase láctica (DHL) 9. Bilirrubinas 10. Proteinúria 24 h. 11. ECG
VITALIDADE FETAL	A. MOBILOGRAMA diário. B. Cardiotocografia 02 vezes ao dia (manhã e tarde) C. Amnioscopia se possível. D. USG com Doppler a cada 03 dias
TRATAMENTO INTERNAÇÃO	1. Dieta hipossódica e hiperproteica 2. Levomepromazina 3 mg (3gts) VO 8/8h. 3. Repouso DLE 4. Controle rigoroso dos sinais vitais a cada hora. 5. Após 6h de sedação se PAD >= 110 usar hipotensor: a- Metildopa 750 a 2,0 g/dia. b- Pindolol 10 a 30mg/d 12/12h 6. Não usar diurético (Exceção: ICC, IR, edema agudo pulmão). 7. Crise hipertensiva PAD >= 120: a Hidralazina 20mg + 9ml água destilada. Aplicar 2,5ml (5mg) EV cada 20min. Até dose máxima 50mg Controle PA 10/10min. 8. Betametasona 12mg – 2 doses/24h entre 24-34sem. 9. Entre 32-34 semanas pesquisar maturidade fetal. Interrupção da Gestação a > 34 semanas b Vitalidade comprometida ou quadro clínico instável.
ALTA	Somente após Interrupção da gestação: A. Após 72 horas se níveis pressóricos normais. B. Manter hipotensor sem necessário. C. Retorno ambulatorio gestação de alto risco.

A ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais.

TRATAMENTO**Cuidados gerais**

- a. Repouso absoluto DLE, quarto tranqüilo; decúbito elevado 30°;
- b. Inserir protetor bucal (cânula de Guedel);
- c. Sonda vesical contínua para monitoramento da diurese
- d. Contensão no leito;
- e. Vigilância permanente pelo interno plantonista ou transferência para UTI.
- f. Punção veia central ou periférica calibrosa.
- g. Oxigênio 5 l/min;
- h. Cateter vesical contínuo.

Sulfato de Magnésio

- b. Dose ataque: 4g MgSO₄ a 50% (diluir 8ml MgSO₄ 50% + 12 ml SF) EV em 10min
- c. Dose manutenção:
 - “REGRA DOS 5” (1,5g/hora). 05 ampolas (10 ml) de MgSO₄ a 50%, diluído em 500ml de solução glicosada a 5% EV 15 gotas por minutos.
 - Manter por 24h após o parto.
 - Manter por 24h após o início da dose de ataque se iniciou no puerpério.
 - Efeitos colaterais: hipotensão, fogachos, náuseas, vômitos e depressão respiratória.
 - Nova convulsão: repetir dose de ataque após 20 min da 1ª dose.

- Sinais de intoxicação MgSO₄:

- a Reflexo patelar ausente.
- b. FR<16min.
- c. Diurese <25ml/h).
- d. Suspende MgSO₄ de imediato.
- e. Aplicar GLUCONATO DE CÁLCIO 10 % 10ml EV lento em 3min.

Interromper a gestação após estabilização do quadro

- a. 1 hora após a convulsão.
- b. A anestesia indicada é a peridural, exceção nos casos de plaquetopenia (plaquetas < 50.000/mm³) recomenda-se anestesia geral.

Avaliação laboratorial

- a. Rotina da pré-eclâmpsia grave.

Avaliação da vitalidade fetal

- a. Rotina da pré-eclâmpsia grave.

Conduta obstétrica

- a. Gestação <32 sem quadro estável deve aguardar evolução após MgSO₄.
- b. Com quadro instável deve interromper a gestação independente da idade gestacional.
- c. Gestação >32 sem deve interromper a gestação.

QUADRO 13 – ECLÂMPSIA

SINAIS E SINTOMAS	Convulsão, cefaleia, torpor, obnubilação, escotomas, amaurose, dor epigástrica, vômitos, dor no hipocôndrio D, coma, coagulopatias, IR, ICC, icterícia, PAD > 120, choque, AVC.		
LABORATÓRIO	Rotina de pré-eclâmpsia grave		
VITALIDADE FETAL	Rotina de pré-eclâmpsia grave		
T R A T A M E N T O	1- Cuidados Gerais:	a- Repouso absoluto DLE, quarto tranquilo, decúbito elevado 30°; b- Inserir protetor bucal (Cânula de Guedel); c- Sonda vesical contínua para monitoramento da diurese; d- Contensão no leito; e- Vigilância permanente pelo plantonista ou transferência para UTI. f- Punção veia central ou periférica calibrosa. g- Oxigênio 5 l/min. h- Cateter vesical contínuo.	
	4- Sulfato de Magnésio	E. Dose ataque:	4g MgSO ₄ a 50% (diluir 8ml MgSO ₄ 50% + 12 ml SF) EV em 10 min.
		D. Dose Manutenção:	I- “REGRA DOS 5” (1,5g/hora). 5 ampolas (10ml) de MgSO ₄ a 50% diluído em 500ml de solução glicosada a 5% EV 15 gotas por minutos= II- Manter por 24h após o parto; III- Manter por 24h após o início da dose de ataque se iniciou no puerpério.
		C. Efeitos Colaterais:	Hipotensão, fogachos, náuseas, vômitos e depressão respiratória.
		B. Nova convulsão:	Repetir dose de ataque após 20 min. da 1ª dose.
		A. Sinais de Intoxicação MgSO ₄	I- Reflexo patelar ausente II- FR < 16min. III- Diurese < 25ml/h IV- Suspender MgSO ₄ de imediato V- Aplicar GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10ml EV lento em 3 min.
	3- Interromper a gestação após estabilização do quadro:	a- 1 hora após a convulsão. b- A anestesia indicada é a peridural, exceção nos casos de plaquetopenia (plaquetas < 50.000/mm ³) recomenda-se anestesia geral.	
2- Conduta obstétrica:		a- Gestação < 32 sem quadro estável deve aguardar evolução após MgSO ₄ . b- Com quadro instável deve interromper a gestação independente da idade gestacional. c- Gestação > 32 sem. deve interromper a gestação.	
ALTA		Somente após interrupção da gestação: A- Após 72 horas se níveis pressóricos normais. B- Manter hipotensor. C- Retorno ambulatorio gestação de alto risco.	

HELLP SÍNDROME

É o quadro clínico caracterizado por hemólise (H = “hemolysis”), elevação de enzimas hepáticas (EL = “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP = low platelets count”). Embora acompanhe outras doenças, em Obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia.

CLASSIFICAÇÃO

COMPLETA

- a) < 100.000 plaquetas/ml
- b) DHL ≥ 600UI/L
- c) BILIRRUBINA > 1,2mg/dL
- d) Esquizócitos sangue periférico.
- e) TGO ≥ 70UI/L

INCOMPLETA

- a) Apenas um ou dois acima presentes SINAIS E SINTOMAS

Essas pacientes apresentam dor epigástrica / hipocôndrio direito, perda de apetite, náuseas e vômitos.

EXAMES COMPLEMENTARES

- 1) Hemograma completo.
- 2) Plaquetas.
- 3) Creatinina
- 4) Clearance creatinina.
- 5) Ácido úrico.
- 6) AST ou TGO.
- 7) ALT ou TGP.
- 8) Desidrogenase lática (DHL).
- 9) Bilirrubinas.
- 10) Proteinúria 24h.
- 11) ECG

Os testes de tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial e fibrinogênio são reservados para aquelas mulheres com uma contagem de plaquetas abaixo de 100.000/ml.

Outras avaliações como teste de Coombs para anemia hemolítica, lúpus eritematoso e pancreatite podem ser necessárias dependendo das circunstâncias.

Gasometria, oximetria de pulso, radiografia de tórax e testes para hepatite poderão ser realizados dependendo da indicação. A avaliação serial da contagem de plaquetas, DHL e enzimas hepáticas deve ser feita a cada 12-24 horas ou mais frequentemente, se necessário.

TRATAMENTO

- 1) Avaliação das condições fetais: parto imediato ou mais tardiamente?
 - a) Após a admissão, a idade gestacional deve ser confirmada e o estado fetal avaliado por cardiotocografia basal e USG Obstétrico com Doppler.
 - b) Gestação ≥ 34 semanas e todas com síndrome HELLP devem ser preparadas para parto vaginal ou abdominal dentro de 24 horas.
 - c) Gestações entre 24 e 34 semanas devem fazer uso de corticoide, mesmo se o parto não puder ser adiado pelo período ideal de 24-48 horas.
 - d) O tratamento conservador de 48h para amadurecimento pulmonar, somente é possível na ausência de coagulopatia.
 - e) A via de parto preferencial é a via abdominal.
- 2) Controle da pressão arterial: com esquema de Hidralazina.
 - a) Tratar a pressão sistólica ≥ 150 mmHg e manter a pressão diastólica entre 80-90mmHg.

- 3) Prevenção das convulsões com sulfato de magnésio:
 - a) Conforme esquema de eclampsia.
 - 4) Manejo de fluidos e eletrólitos
 - a) Um regime de fluidos recomendado é alternar [glicose a 5% com solução salina meio a meio] e solução de Ringer lactato a 100ml/hora, para manter um débito urinário de pelo menos 20ml/hora (de preferência 30-40ml/hora).
 - b) A dose máxima de infusão deve ser 150ml/hora. A dosagem de eletrólitos pode ser realizada com os ajustes diários necessários.
 - c) Na presença de oligúria, deve-se fazer uma ou duas infusões rápidas de 250-500ml de fluidos.
 - 5) Utilização criteriosa de sangue e hemoderivados:
 - a) A transfusão de plaquetas deve ser realizada para uma contagem de plaquetas de 50.000/ μ l ou menos em caso de parto por via abdominal.
 - b) Seis unidades de plaquetas devem ser administradas imediatamente antes da incisão.
 - 6) Tratar a gestante intensivamente no pós-parto
 - a) Todas as gestantes com Síndrome HELLP devem ser tratadas em uma unidade de cuidados intensivos.
- CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI:**
- I. A contagem de plaquetas demonstre uma tendência consistente de elevação e a DHL uma tendência consistente de diminuição.
 - II. A gestante tenha uma diurese de >100 ml/hora por duas horas consecutivas sem infusão adicional rápida de fluidos ou sem diuréticos.
 - III. A hipertensão esteja bem controlada, com a sistólica em torno de 150mmHg e a diastólica <100 mmHg e (4) a melhora clínica seja óbvia e não haja complicações significativas.
 - IV. A contagem de plaquetas e dosagem de DHL deverá ser realizada de 12/12 horas até a transferência da gestante para a enfermaria normal.
 - a) O uso de dexametasona deverá ser continuado no pós-parto na dose de 10mg de 12/12 horas até que:
 - I. A contagem de plaquetas seja >100.000 /l.
 - II. A DHL diminua
 - III. O débito urinário seja >100 ml/hora.
 - IV. Gestante esteja clinicamente estável.

RESGATE DE DEXAMETASONA PARA A SÍNDROME HELLP

ANTEPARTO: 10mg IV de 12 em 12h

Sempre que plaquetas ≤ 50.000 / μ L

CORREÇÃO CIVD

Administrar plasma fresco congelado, crioprecipitado, concentrado de plaquetas (se plaquetas < 50.000, cada concentrado eleva 5000 a 10.000) e concentrado de hemácias.

Não interromper a gestação antes de repor plaquetas para os casos de plaquetopenia < 50.000.

Suspeita de ruptura de cápsula hepática está indicada a laparotomia exploradora

QUADRO 14 – HELLP SÍNDROME

CLASSIFICAÇÃO	COMPLETA	a) <100.000 plaquetas/ml b) DHL ≥ 600UI/L c) BILIRRUBINA > 1,2mg/DI d) Esquizócitos sangue periférico. e) TGO ≥ 70UI/L
	INCOMPLETA	a) Apenas um ou dois acima presentes
EXAMES	Rotina pré-eclâmpsia grave	
TRATAMENTO	Avaliação das condições fetais	a) Após a admissão, a idade gestacional deve ser confirmada e o estado fetal avaliado por cardiotocografia basal e USG Obstétrico com Doppler. b) Gestação ≥ 34 semanas e todas com síndrome HELLP devem ser preparadas para parto vaginal ou abdominal dentro de 24 horas. c) Gestações entre 24 e 34 semanas devem fazer uso de corticoide, mesmo se o parto não puder ser adiado pelo período ideal de 24–48 horas. d) O tratamento conservador de 48h para amadurecimento pulmonar, somente é possível na ausência de coagulopatia. e) A via de parto preferencial é a via abdominal.
	CONTROLE P.A	Esquema de hidralazina.
	Prevenção das convulsões	a. Sulfato de Magnésio conforme esquema de eclâmpsia.
	Manejo de fluidos e eletrólitos	a. Um regime de fluidos recomendado é alternar [glicose a 5% com solução salina meio a meio] e solução de Ringer lactato a 100ml/hora, para manter um débito urinário de pelo menos 20ml/hora (de preferência 30-40ml/hora). b. A dose máxima de infusão deve ser 150ml/hora. A dosagem de eletrólitos pode ser realizada com os ajustes diários necessários. c. Na presença de oligúria, deve-se fazer uma ou duas infusões rápidas de 250-500ml de fluidos.
	Sangue e hemoderivados	a. A transfusão de plaquetas deve ser realizada para uma contagem de plaquetas de 50.000/ μ l ou menos em caso de parto por via abdominal. b. Seis unidades de plaquetas devem ser administradas imediatamente antes da incisão.
	CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI	i. A contagem de plaquetas demonstre uma tendência consistente de elevação e a DHL uma tendência consistente de diminuição. ii. A gestante tenha uma diurese de >100ml/hora por duas horas consecutivas sem infusão adicional rápida de fluidos ou sem diuréticos. iii. A hipertensão esteja bem controlada, com a sistólica em torno de 150mmHg e a diastólica <100mmHg e (4) a melhora clínica seja óbvia e não haja complicações significativas. iv. A contagem de plaquetas e dosagem de DHL deverá ser realizada de 12/12 horas até a transferência da gestante para a enfermaria normal.
RESGATE DE DEXAMETASONA	ANTEPARTO	1. 10mg IV de 12 em 12h a. Sempre que plaquetas ≤ 50.000/ μ L
	PÓS-PARTO	1. 10mg de 12/12 horas até que: a. A contagem de plaquetas seja >100.000/ l. b. A DHL diminua c. O débito urinário seja >100ml/hora. d. Gestante esteja clinicamente estável.

CORREÇÃO CIVD

- 1 Administrar plasma fresco congelado, crioprecipitado, concentrado de plaquetas (se plaquetas < 50.000, cada concentrado eleva 5000 a 10.000) e concentrado de hemácias.
- 2 Não interromper a gestação antes de repor plaquetas para os casos de plaquetopenia < 50.000.
- 3 Suspeita de ruptura de cápsula hepática está indicada a laparotomia exploradora.

INFECÇÃO PELO HIV NA GESTAÇÃO

O rastreamento de AIDS gestacional se tem convertido, nos dias atuais, em um exame da maior importância. Sendo que a transmissão vertical do vírus tem decrescido à cifras de 4%, segundo dados do governo e Ministério da Saúde, a detecção do vírus na gestação e o tratamento adequado da gestante, tem impedido que muitos bebês se torne HIV positivos por contaminação intra-útero e trans-parto.

Se a paciente não realizou o teste de sorologia para HIV, realizar o teste rápido com a parturiente em trabalho de parto. Solicitar consentimento da gestante.

EXAMES NA GESTAÇÃO

Quando a paciente é HIV positiva comprovadamente, solicitam-se outros exames complementares, por serem mais frequentes na HIV positiva, ou seja, porque o HIV torna a paciente mais susceptível a adquirir tal infecção. Os exames que se solicitam são: Sorologia para Hepatite C, Sorologia para HTLV, Pesquisa de Chlamydia, Pesquisa de Neisseria, Teste de Mantoux (PPD), Exame Parasitológico de Fezes, Perfil Lipídico, além da Sorologia para Toxoplasma gondii, Rubéola, Hepatite B, Citomegalovírus, trimestralmente, e nas pacientes que usam medicamentos anti retro virais (ARV) que inibem as proteases, repetir rastreamento de Diabetes (TTG) entre 32-34 semanas.

CONDUTA NA GESTAÇÃO

Toda paciente infectada pelo HIV deve fazer uso de ARV, independente de seu estado imunológico ou virológico. O seu uso deve ser decidido juntamente com o infectologista e baseado nas normas ditadas pelo Ministério da Saúde.

A Zidovudina deverá, sempre que possível fazer parte do esquema de tratamento, sendo que a manutenção se AZT, se a paciente já fazia seu uso, depende de controles laboratoriais como: níveis de hemoglobina > que 8,0 g/dl, contagem de Plaquetas superior a 100.000/mm³ e nível de creatinina sérica < ou = a 1,4 mg/dl. O hemograma deverá ser realizado

mensalmente e conforme o caso as funções hepática e renal deverão, no máximo, serem repetidas a cada dois meses.

A gestante HIV positiva em prévio uso de ARV, podem ser mantidas na medicação habitual, com exceção do Efavirenz, Hidroxiuréia, Ampenavir e Indinavir, que deverão ser substituídos.

CONTROLE

Contagem de CD4 + e CD8 + são necessário mensalmente.

CD8 + > 1.800 células/mm³ e/ou CD4 + < que 600 células/mm³ são marcadores de risco aumentado para transmissão vertical do vírus.

Isto também se verifica na presença de Carga Viral > que 1000 cópias/ml.

PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PARTO

Profilaxia antirretroviral intraparto

1. Todas as gestantes, independentemente do tipo de parto, devem receber AZT intravenoso (IV) desde o início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva, a ser mantido até o clampeamento do cordão umbilical, segundo as doses preconizadas no quadro.
2. Durante o trabalho de parto, ou no dia da cesárea programada, manter os medicamentos antirretrovirais (ARV) orais utilizados pela gestante, nos seus horários habituais, independentemente do jejum, ingeridos com pequena quantidade de água, inclusive durante o período de infusão venosa da zidovudina (AZT). A única droga que deve ser suspensa até 12 horas antes do início do AZT intravenoso é a d4T (estavudina).
3. Gestantes com resistência ao AZT, documentada previamente, e que não o tenham utilizado durante a gravidez, devem receber o AZT intravenoso (IV) no parto (a menos que sejam alérgicas ao medicamento) e seus RN devem receber a solução oral, conforme o esquema preconizado.

Esquema posológico da zidovudina injetável

1. Apresentação comercial do AZT IV: frasco ampola de 200mg com 20ml (10mg/ml).
2. A parturiente deve receber zidovudina endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.
3. Dose: iniciar a infusão, em acesso venoso, individualizado, com 2mg/kg na primeira hora, seguindo com a infusão

contínua, com 1mg/kg/hora, até o clampeamento do cordão umbilical. Diluir em soro glicosado a 5% e gotejar, conforme tabela a seguir. A concentração não deve exceder 4mg/ml.

MANEJO OBSTÉTRICO E VIAS DE PARTO

PRECAUÇÕES UNIVERSAIS DA EQUIPE

1. As precauções básicas e universais são medidas de prevenção que devem ser adotadas em qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas, quando da manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não íntegra.
2. Essas medidas incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais), com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas do profissional de saúde ao sangue ou fluidos corpóreos de qualquer paciente.
3. Os profissionais de saúde (em especial os cirurgiões), a equipe de limpeza, de laboratório e todo pessoal do hospital que lida com materiais perfuro cortantes, devem tomar outros cuidados especiais para prevenir acidentes.
4. Em caso de exposição ocupacional ao HIV, ainda não existe qualquer tipo de quimioprofilaxia absolutamente segura, o que reforça a necessidade do rigoroso estabelecimento de normas universais de biossegurança para reduzir o risco dessa exposição.

CUIDADOS ESPECÍFICOS DURANTE O PARTO

1. Durante o parto (vaginal ou cesárea) da mulher infectada pelo HIV, devem-se tomar os seguintes cuidados:
2. Preferir sempre seringas de plástico (isso se aplica para a episiotomia, quando não puder ser evitada);
3. Preferir sempre o uso de tesouras, em vez de bisturi;
4. Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo);
5. Preferir fios de sutura agulhados;
6. Evitar agulhas retas de sutura, pelo seu maior risco de acidente percutâneo;
7. Utilizar sempre pinças auxiliares nas suturas, evitando manipulação dos tecidos com os dedos, durante a sutura da episiotomia (quando esta for necessária), durante o fechamento por planos na operação cesariana e outros procedimentos;

8. Evitar sutura por dois cirurgiões, simultaneamente, no mesmo campo cirúrgico;
9. Atentar para que a passagem de materiais perfurocortantes (bisturi, porta-agulhas montados, etc.) do auxiliar para o cirurgião seja feita por meio de cubas, após aviso verbal;
10. Utilizar equipamentos de proteção individual (EPI) na manipulação da placenta, do cordão umbilical e nos cuidados imediatos ao recém nascido, devido à possibilidade de exposição a sangue e líquido amniótico.

MANEJO DA OPERAÇÃO CESARIANA ELETIVA

1. Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana).
2. A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
3. Todas as gestantes devem receber, no dia do parto, o AZT intravenoso, dose de ataque e doses de manutenção, conforme o esquema posológico da zidovudina injetável o qual deverá ser iniciado 03 (três) horas antes do início da cesárea (período necessário para se atingir a concentração intracelular adequada do medicamento) e mantido até a ligadura do cordão umbilical.
4. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerectomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno.
5. Sempre que possível proceder ao parto empelcado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).
6. Não realizar ordenha do cordão, ligando-o imediatamente após a retirada do RN.
7. Utilizar antibiótico profilático, tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, após o clampeamento do cordão.
8. Caso a gestante com indicação para a cesárea eletiva ($CV \geq 1000$ cópias/ml) inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 3cm), o obstetra

deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão.

9. No caso de ruptura das membranas corioamnióticas, a cesárea não reduz a transmissão vertical, mas se um longo período de trabalho de parto está previsto, intui-se que a cesárea evita o aumento da transmissão vertical nesses casos. Também aqui a cesárea deve ser precedida do uso endovenoso de AZT pelo menos por 3 horas.

MANEJO DO PARTO VAGINAL

1. Havendo condições favoráveis para o parto vaginal e estando este indicado, iniciar o AZT intravenoso logo que a parturiente chegar ao serviço, conforme o protocolo estabelecido, e manter a infusão até a ligadura do cordão umbilical.
2. Diante da integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução, pelo risco de ruptura artificial das membranas e aumento de risco de transmissão vertical do HIV.
3. Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma).
4. Evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota por tempo prolongado, visto que a taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após 4 horas de bolsa rota. O uso de fármacos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, mas deve ser utilizado segundo os padrões de segurança já conhecidos. A amniotomia artificial deve ser evitada, a menos que extremamente necessária.
5. Evitar, sempre que possível, a episiotomia. Quando necessária, o campo cirúrgico deve ser protegido por compressas embebidas em substâncias degermantes.
6. Assim como na gestação, estão contraindicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto (amniocentese, amnioscopia, amniotomia, escalpo cefálico).
7. O parto instrumentalizado deve ser evitado, mas quando indicado, o fórceps deve ser preferido ao vácuo extrator.
8. A aplicação do fórceps (ou vácuo-extrator) só será admitida se houver uma indicação obstétrica precisa e que supere os riscos maiores de contaminação da criança pelo procedimento.
9. A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão.

10. Utilizar antibiótico profilático materno, dose única de 2g intravenosa de cefalotina ou cefazolina, logo após a expulsão fetal.

ISOIMUNIZAÇÃO FETO MATERNA

CONCEITO

Doença causada pela passagem de hemácias fetais (Rh+), durante a gestação ou parto, para a circulação materna (Rh-), resultando na resposta imunológica materna de sensibilização, isto é, produção de anticorpos Anti-Rh. Caso a mãe sensibilizada volte a gestar um feto Rh+, haverá a passagem dos Anticorpos maternos para o feto, onde haverá destruição das hemácias fetais comandadas pelos anticorpos maternos, causando a Doença Hemolítica Perinatal (DHPN).

Esta doença, se não prevenida, é de extrema gravidade pois pode levar à anemia, hidropsia e óbito fetal.

PATOGENIA

O contato da mulher Rh – com antígenos eritrocitários incompatíveis pode ocorrer por: Transfusões de sangue incompatíveis, abortamento anteriores com idade gestacional acima de 8 semanas sem o uso de profilaxia da doença com imunoglobulina, Gravidez com doença em que há hemorragia materno-fetal, Parto ou cesárea e mais raramente acidentes de punção em amniocenteses.

CONDUTA PRE-NATAL

Faz-se necessário solicitar em exames da primeira consulta pré-natal a tipagem da mãe juntamente com os exames de rotina da gestação. E o Rh materno for Negativo, será necessário solicitar da mãe o exame de Coombs Indireto.

Se o Coombs indireto for Negativo, indica-se repetir o exame mensalmente. Quando o Coombs indireto for positivo, apenas se tem a detecção da presença de anticorpo IgG anti-eritrocitário mas, para ser diagnóstica Isoimunização é necessário a pesquisa de anticorpos irregulares (PAI), que identifica e fornece a titulação do anticorpo presente.

Isto nos autoriza a dizer que nem todas as pessoas sensibilizadas irão apresentar a DHPN em seus fetos, há dependência de titulação e idade gestacional no acometimento fetal, o que torna o aconselhamento pré gestacional muito importante.

PROPEDÊUTICA NA GESTAÇÃO

Se a paciente gestante se apresentar com títulos de anti-D igual ou maior a 1/16, se faz necessário saber do grau de comprometimento fetal. Para tanto se tem os métodos invasivos e os não invasivos.

Métodos Não Invasivos: Ultrassonografia obstétrica que deve ser feito de 3 a 20 dias, dependendo da história prévia (se houve outra gestação anterior com evolução satisfatória ou hidropsia, exsanguíneo-transfusão e óbito fetal).

Os sinais de comprometimento fetal são:

Espessamento e alteração na ecogenicidade da placenta, hepatoesplenomegalia, aumento de circunferência abdominal, duplo contorno de bexiga, estômago, vesícula biliar, derrame pericárdico, aumento de hidrocele e polidrâmnio.

A Dopplerfluxometria também poderá esclarecer sobre a vitalidade fetal.

Métodos invasivos: Espectrofotometria do Líquido amniótico é usado para se saber o comprometimento fetal, e determinando a diferença de densidade óptica a 450 nm (DDO 450nm), lendo-se conforme o gráfico Curva de Bowman será conhecido o prognóstico fetal.

Cordocentese: método em que se colhe amostra fetal de sangue e se transfere hemáceas RH negativas ao feto, assistida pela ultrassonografia, na presença de hemoglobina abaixo de 10g/dl.

CONDUTA OBSTÉTRICA

Fetos pouco comprometidos (sem anemia-zona 3 de Liley), a gravidez pode evoluir até o termo, aguardando-se a maturidade fetal, e o início do trabalho de parto.

Fetos ligeiramente comprometidos (Hb entre 11 e 13,9 g/dl – zona 2B de Liley),

aguardar a maturidade fetal e interromper com 38 semanas, reavaliando de 2 a 3 semanas conforme o caso.

Fetos gravemente comprometidos (Hb entre 8 a 10 g/dl – zona 2ª de Liley) necessita avaliação a cada 1 a 2 semanas, sendo que a curva indicará a Transfusão Intra Uterina.

PROFILAXIA

A administração de Imunoglobulina anti-Rh é indicada nas seguintes situações:

1. Puérpera Rh negativo, coombs direto negativo, com Recém nato Rh positivo.
2. Abortamentos
3. Gravidez ectópica
4. Mola gestacional
5. Procedimentos invasivos em medicina fetal com mãe Rh – e Coombs indireto negativo.

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Doença infecciosa causada pelo Treponema pallidum, e que se faz triagem obrigatória no pré-natal, através do

VDRL, e se positivo, testes antitreponêmicos específicos para sífilis (FTAabs).

A transmissão vertical pode se dar após a 6ª semana de gestação, porém com repercussões após a 16ª semana.

Os efeitos na gestação vão desde abortamento, óbito intra-uterino, óbito neo-natal precoce, até a infecção congênita.

ACOMPANHAMENTO

1. Se o VDRL for negativo, repete-se durante a gestação a cada 3 meses.
2. Se VDRL positivo $>$ ou $=$ a 1/8, trata-se a gestante (verificar droga a seguir).
3. Se VDRL $<$ que 1/8, solicita-se FTAabs e VDRL novamente.
4. Se FTAabs for negativo, chega-se a conclusão de VDRL falso +.
5. Se FTAabs for positivo, e título de VDRL estável, verifica-se a possibilidade de tratamento prévio, sendo que o mais provável seja cicatriz sorológica.
6. Se FTAabs for positivo com VDRL em títulos crescentes, sem tratamento prévio anterior, trata-se a paciente, solicita-se VDRL para o parceiro, e realiza-se a pesquisa fetal.

PREVENÇÃO

Deve-se orientar a todas as gestantes as formas de transmissão, evitando-se a contaminação durante a gravidez.

TRATAMENTO

1. Sífilis recente na gestação deve-se tratar com Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.
2. Sífilis tardia tratar com Penicilina Benzatina 7,2 milhões de UI, sendo 3 doses de 2,4 milhões de UI, IM a cada semana.

INFECÇÃO URINÁRIA

CONCEITO

Este é o problema urinário mais comum durante a gestação. Ocorre em 17 a 20% das gestações e se associa a complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepsse materna e infecção neonatal.

O quadro clínico varia de bacteriúria assintomática, que acomete de 2 a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite.

ETIOLOGIA

Em 80% dos casos de bacteriúria assintomática a *Escherichia coli* é o agente etiológico identificado.

QUADRO CLÍNICO**1. BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA**

A bacteriúria assintomática caracteriza-se pela presença de bactérias na urina sem sintomatologia específica.

2. CISTITE

Caracteriza-se por disúria, polaciúria, urgência miccional, dor retropúbica, suprapúbica e abdominal, com menor frequência hematúria.

3. PIELONEFRITE

Caracteriza-se pela queda do estado geral com presença de sintomas como:

- a. Febre, calafrios, cefaléia, náuseas e vômitos;
- b. Hipersensibilidade do ângulo costo-vertebral (sinal de Giordano +);
- c. Pode estar associado à desidratação, comprometimento da função renal, hemólise, anemia, choque séptico, prematuridade e infecção feto-anexial e puerperal.

DIAGNÓSTICO**1. BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA**

- a. Cultura de urina no primeiro e terceiro trimestres da gravidez.
- b. > 100 mil unidades formadoras de colônias bacterianas por ml de urina confirma o diagnóstico.

2. CISTITE

- a. Exame do sedimento urinário e pela cultura.
- b. Leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria são comuns, mas não estão necessariamente presentes.

3. PIELONEFRITE:

- a. Exames:
 - i. Hemograma completo;
 - ii. Sódio e potássio;
 - iii. Creatinina;
 - iv. Cultura de urina;
 - v. USG obstétrico e de aparelho urinário.

2 TRATAMENTO

- a. Em BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA é o mesmo para a cistite ou de acordo com a cultura e teste de sensibilidade.
- b. Em caso de CISTITE:

CURTA DURAÇÃO DE 3 A 5 DIAS	LONGA DURAÇÃO DE 7 A 10 DIAS
Nitrofurantoína 100mg VO de 6/ 6 horas	Nitrofurantoína 100mg VO de 6/ 6 horas
Ampicilina 500mg VO de 6/ 6 horas	Ampicilina 500mg VO de 6/ 6 horas
Amoxicilina 500mg VO de 8/ 8 horas	Amoxicilina 500mg VO de 8/ 8 horas
Cefalexina 500mg VO de 6/ 6 horas	Cefalexina 500mg VO de 6/ 6 horas

c. Na PIELONEFRITE:**a. Internação:**

- i. Hidratação com Soro Fisiológico 1000 ml EV de 6/6hs

b. Antibioticoterapia:

- i. 1ª Opção: Cefalotina ou Cefazolina 1,0g IV a cada 6 horas;
- ii. 2ª Opção: Ampicilina 1,0g IV a cada 6 horas;
- iii. 3ª Opção: (em caso de resistência a essas drogas acima na cultura);
- iv. Gentamicina 240mg em 100 ml de Soro fisiológico EV em 45 minutos. (controlar função renal com creatinina de 48/48hs);
- v. Mudar para terapia oral assim que a gestante permanecer afebril por 24–48 horas. Manter tratamento por via oral por 10 dias.

PREVENÇÃO

Em todos os casos de infecção urinária deve-se realizar cultura de urina para controle de cura 7 dias após o final do tratamento e esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

Se o tratamento falhar ou a infecção recorrer, tratar com antibiótico apropriado para o microrganismo de acordo com a cultura e testes de sensibilidade.

Recomenda-se após infecções recorrentes, realizar profilaxia com antibioticoterapia oral, uma vez ao dia durante a gravidez e até duas semanas após o parto, com Nitrofurantoína 100mg OU Amoxicilina 250mg OU Cefalexina 250mg, na posologia recomendada para o tratamento.

INDICADORES

1. Taxa de Infecção Urinária na população atendida;
2. Número de casos de Infecção Urinária segundo o diagnóstico encontrado;
3. Taxa de recorrência de Infecção Urinária na população atendida.

